

**PENERAPAN TERAPI KOMPRES DINGIN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN *MULTIPLE FRAKTUR* DENGAN NYERI AKUT DI
RUANG TRAUMA CENTER RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS AKHIR



OLEH :

VICKY ANDREA MALVINO, S.Tr.Kep
NIM. 223410960

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
TAHUN 2023**

**PENERAPAN TERAPI KOMPRES DINGIN DALAM ASUHAN
KEPERAWATAN PADA PASIEN *MULTIPLE FRAKTUR* DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG TRAUMA CENTER
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS AKHIR

Diajukan Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik
Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Sebagai Persyaratan
Dalam Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners



OLEH :

VICKY ANDREA MALVINO, S.Tr.Kep
NIM. 223410960

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
TAHUN 2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis : Penerapan terapi kompres dingin Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien multiple Fraktur Dengan Nyeri Akut Di Ruangan Trauma Center Ima Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang

Nama : Vicky Andrea Malvino, S.Tr.Kep
NIM : 223410960

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

Padang, 22 Juni 2023

Komisi Pembimbing



(Ns. Yessi Fadrianti, M.Kep)
NIP:197501211999032005

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Nova Yanti, M.Kep,Sp.Kep,MB)
Nip. 19801023 200212 2 002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Vicky Andrea Malvino, S.Tr.Kep
NIM : 223410960
Judul KTA : Penerapan Kompres Dingin Dalam Asuhan Keperawatan
Pada Pasien Multiple Fraktur Dengan Nyeri Akut Di
Ruangan Trauma Center Ima Bedah RSUP Dr.M.Djamil
Padang

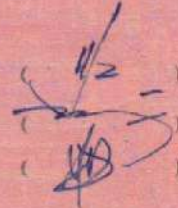
Telah Berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

DEWAN PENGUJI


Ketua Penguji : Efitra,SKp,M.Kep

Anggota Penguji : Ns. Netti,S.Kep, M.Pd,M.Kep

Anggota Penguji : Ns. Yessi Fadrianti, M.Kep



Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners


(Ns. Nova Yanti, M.Ke,Sp.Kep,MB)
Nip. 19801023 200212 2 002

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Vicky Andrea Malvino

NIM : 223410960

Tanggal lahir : 16 Mei 2000

Tahun masuk Profesi : 2022

Nama PA : Ns.Lola Felnanda Amri, M.Kep

Nama Pembimbing KTA : Ns.Yessi Fadrianti, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir Ilmiah saya, yang berjudul : Penerapan Kompres Dingin Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Multiple Fraktur Sebagai Upaya Penurunan Nyeri Di Ruang Trauma Center Irna Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Juni 2023

Yang Membuat Pernyataan

Vicky Andrea Malvino, S.Tr.Kep

NIM.223410960

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Identitas Diri

Nama : Vicky Andrea Malvino
Tempat/Tanggal Lahir : Solok 16 Mei 2000
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Status : Belum Menikah
Nama Ayah : Mukino
Nama Ibu : Andriani
Anak-ke : 2 dari 3 bersaudara
Alamat : Jl.Tembok Raya No 124 Kota Solok
No. Hp/Email : +62 821 80868907 /

vickyaandreamalvino@gmail.com

Riwayat Pendidikan

Pendidikan	Tempat	Tahun Lulus
SDN 16 Nan Balimo	Solok	2012
SMPN 3 Solok	Solok	2015
SMAN 3 Solok	Solok	2018
Poltekkes Kemenkes Padang (Sarjana Terapan Keperawatan)	Padang	2022
Poltekkes Kemenkes Padang (Pendidikan Profesi Ners)	Padang	2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Penerapan Kompres Dingin pada Pasien Multiple fraktur dalam Mengurangi nyeri akut di Ruang Trauma Center RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2023”**. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan karya tulis ahir Ners ini tanpa bantuan dan bimbingan Ibu **Ns.Yessi Fadrianti, M. Kep** yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan karya tulis ahir ners. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S. Kp, M. Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Tasman, S. Kp, M. Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
3. Ibu Nova Yanti, M. Kep, Sp. Kep. MB selaku ketua Program Studi pendidikan profesi Ners Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
4. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
5. Ibu pembimbing akademik Ns.Lola Felnanda Amri M. Kep, yang selalu memberikan support dan arahan untuk peneliti dan rekan- rekan satu bimbingan.
6. Teristimewa kepada ayahanda dan ibunda serta saudara yang telah memberikan semangat dan dukungan secara material dan finansial serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
7. Terkhusus buat teman-teman laki sebagai sahabat seperjuangan dalam dinas, magang dan pembuatan karya tulis akhir ini.
8. Rekan- rekan seperjuangan yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Padang, Juni 2023

PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS

Karya Tulis Akhir, Juni 2023

Vicky Andrea Malvino, S.Tr.Kep

PENERAPAN TERAPI KOMPRES DINGIN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *MULTIPLE FRAKTUR* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG TRAUMA CENTER RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

Isi: xv + 76 halaman, 9 tabel, 4 Gambar 4 lampiran

ABSTRAK

Di Indonesia kasus fraktur pada tahun 2018 tercatat jumlah keseluruhan 9,2%.diagnosa yang bisa di tegakkan pada pasien fraktur sesuai dengan tanda gejala fraktur subjektif pasien akan mengeluh nyeri, objektif, pasien akan tampak meringis, bersifat prtektif (waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, susah tidur dan gejala minornya objektif tekanan darah meningkat, pola nafas meningkat nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu , menarik diri, berfokus pada diri sendiri (PPNI, 2016). Pemberian kompres dingin dapat meningkatkan pelepasan endorfin yang memblok transmisi stimulus nyeri.

Karya tulis akhir ini menggunakan jenis rancangan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan metode pendekatan laporan kasus (case report). Penelitian deskriptif bertujuan mendeskripsikan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Case report (laporan kasus) merupakan studi kasus yang bertujuan mendeskripsikan manifestasi klinis, perjalanan klinis, dan prognosis kasus. Case report mendeskripsikan cara klinis mendiagnosis dan memberi terapi kepada kasus, dan hasil klinis yang diperoleh.

Hasil studi kasus yang menunjukkan nilai skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian terapi kompres dingin. Subjek studi kasus 1, hari pertama sebelum dan sesudah pemberian terapi kompres dingin skala nyeri ada perubahan dari skala 6 menjadi skala 4 (nyeri sedang). Pada hari kedua sebelum diberikan terapi kompres dingin, skala nyeri pasien 4, tetapi setelah diberikan terapi kompres dingin skala nyeri menurun menjadi 3 (nyeri sedang) dan pada hari ketiga sebelum diberikan terapi kompres dingin, skala nyeri pasien 3, tetapi setelah diberikan terapi kompres dingin skala nyeri masih 3 (nyeri ringan). Sedangkan pada subjek studi kasus 2, hari pertama sebelum diberikan terapi

Pengkajian didapatkan pasien tampak meringis, pasien mengatakan merasa, nyeri yang dirasakan hilang timbul. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua pasien tersebut yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah di susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus seperti mengidentifikasi pencetus nyeri. Hasil evaluasi pada pasien 1 menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang dialami pasien 1 belum teratasi pada pasien 2 menunjukkan perkembangan kesehatan dan masalah keperawatan yang teratasi, yang dapat dilihat dari penurunan skala nyeri dari skala 5 turun menjadi skala 2 setelah 3 hari intervensi. Saran Bagi pasien yang mengalami patah tulang dan, dapat menggunakan tindakan-tindakan keperawatan berupa terapi Kompres dingin secara mandiri sehingga nyeri yang dirasakan dapat berkurang, Bagi rumah sakit Untuk meningkatkan pelayanan bagi rumah sakit khususnya bagi pasien yang mengalami patah tulang berupa asuhan keperawatan yang tepat dengan cara melakukan pengumpulan data terlebih dahulu.

Kata Kunci: Terapi kompres dingin, , Multiple Fraktur , Nyeri

Daftar Pustaka: 30 (2013-2022)

NERS PROFESSIONAL EDUCATION PROGRAM

Essay, June 2023

Vicky Andrea Malvino, S.Tr.Kep

APPLICATION OF COLD COMPRESS THERAPY IN NURSING CARE IN MULTIPLE FRACTURE PATIENTS WITH ACUTE PAIN IN THE TRAUMA CENTER ROOM DR. M. DJAMIL PADANG

ABSTRACT

In Indonesia, fracture cases in 2018 recorded a total of 9.2%. The diagnosis that can be established in fracture patients is according to the signs of subjective fracture symptoms, the patient will complain of pain, objectively, the patient will appear grimacing, be protective (alert, position to avoid pain), anxiety, insomnia and minor objective symptoms increased blood pressure, increased breathing pattern, changed appetite, disturbed thought processes, withdrawn, focused on oneself increase the release of endorphins which block.

This final paper uses a descriptive qualitative research design with a case report approach. Descriptive research aims to describe important events that occur in the present. A case report is a case study that aims to describe the clinical manifestations, clinical course, and prognosis of cases. Case reports describe the clinical way of diagnosing and treating cases, and the clinical results obtained

The results of case studies showing the value of the pain scale before and after administration of cold compresses. The subject of case study 1, the first day before and after giving cold compress therapy, the pain scale changed from a scale of 6 to a scale of 4 (moderate pain). On the second day before being given cold compress therapy, the patient's pain scale was 4, but after being given cold compress therapy the pain scale decreased to 3 (moderate pain) and on the third day before being given cold compress therapy, the patient's pain scale was 3, but after being given cold compress therapy pain scale is still 3 (mild pain). Whereas in the case study subject 2, the first day before being given therapy

The study found that the patient looked grimacing, the patient said he felt, the pain he felt came and went. The nursing diagnosis that appeared in the two patients was acute pain related to physical injury agents. Nursing implementation is adjusted to the action plan that has been arranged. Nursing implementation carried out in cases such as identifying pain triggers. The results of the evaluation in patient 1 showed that the nursing problems experienced by patient 1 had not been resolved in patient 2 indicating that health developments and nursing problems had been resolved, which could be seen from the decrease in the pain scale from scale 5 to scale 2 after 3 days of intervention. Suggestions For patients who have broken bones and, can use nursing actions in the form of cold compress therapy independently so that the pain they feel can be reduced, For hospitals To improve services for hospitals, especially for patients who have fractures in the form of appropriate nursing care with how to collect data first.

Keywords: Cold compress therapy, Multiple Fractures, Pain

Bibliography: 30 (2013-2022)

DAFTAR ISI

Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pengesahan	iii
Pernyataan Bebas Plagiarisme.....	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Kata Pengantar.....	vi
Abstrak	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar Gambar.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penulisan.....	4
D. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN LITERATUR	
A. Konsep Fraktur.....	7
1. Pengertian Fraktur.....	7
2. Penyebab Fraktur.....	7
3. Tanda gejala fraktur.....	8
4. Patofisiologi Fraktur.....	10
5. Pemeriksaan Penujang.....	13
6. Penatalaksanaan Fraktur.....	13
B. Konsep Nyeri	
1. Pengertian Nyeri.....	15
2. Mekanisme Nyeri.....	15
3. Skala intensitas Nyeri.....	18
C. Evidence Based Nursing.....	20
Pengantar Jurnal	
D. Konsep Asuhan Keperawatan Fraktur	
1. Pengkajian Keperawatan.....	30
2. Diagnosis Keperawatan.....	33
3. Perencanaan Keperawatan.....	43
4. Implementasi Keperawatan.....	43

5. Evaluasi Keperawatan.....	43
E. Kerangka Teori Penerapan Kompres Dingin.....	44
1.	34
2. Analisis Jurnal.....	41

BABIII METODE KARYA TULIS ILMIAH

A. Jenis Dan Rancangan Penelitian.....	47
B. Tempat Dan Waktu Penelitian.....	47
C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN.....	47
D. Populasi dan Sampel.....	48
E. Jenis Teknik Pengumpulan Data.....	49
F. Teknik Pengumpulan Data.....	50
G. Instrument Penelitian.....	51
H. Prosedur Penelitian.....	51
I. Analisa Data.....	51

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL.....	56
1. Pengkajian Keperawatan.....	56
2. Diagnosa Keperawatan.....	59
3. Rencana Keperawatan.....	58
4. Implementasi Keperawatan.....	59
5. Evaluasi Keperawatan.....	60
6. Hasil Penerapan Kompres Dingin.....	67
B. PEMBAHASAN	
1. Pengkajian.....	62
2. Diagnosis Keperawattan.....	63
3. Perencanaan Kepewatan.....	63
4. Implementasi Evalua.....	63
5. Analisis Penerapan Kompres Dingin.....	65

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	67
B. Saran.....	68

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2,1 Tabel Rencana Keperawatan fraktur

Tabel 2.2 tabel sop kompres dingin

Tabel 2.3 Tabel analisi Jurnal

Tabel 4.1 hasil pengkajian keperawatan

Tabel 4.2 diagnosa keperawatan

Tabel 4.3 rencana keperawatan

Tabel 4.4 implementasi keperawatan

Tabel 4.5evalusai keperawatan

Tabel 4.6 hasil penerapan kompres dingin

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 askep**
- Lampiran2 gancart**
- Lampiran3 inform consent**
- Lampiran 4 foto kegiatan intervensi**

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 gambar impuls nyeri

Gambar 2.2 gambar skala analog

Gambar 2.3 gambar numeric rating scale

Gambar 2.4 gambar skala wajah

Gambar 2.5 Konsep Teori Penerapan Kompres Dingin

Gambar 3.1 Prosedur penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kecelakaan lalu lintas masih menjadi masalah besar dalam kehidupan sehari-hari terutama di negara berkembang. Dari data yang dilaporkan oleh Global Report on Road Safety (WHO, 2015) didapatkan lebih dari 1,25 juta orang meninggal dan lebih dari 50 juta orang luka berat setiap tahunnya dan 90 persen kasus terjadi pada negara berkembang. Menurut (*Badan Pusat Statistik, n.d.*) di Indonesia berdasarkan data dari Polri didapatkan 100.228 korban meninggal dunia akibat kecelakaan pada tahun 2020 dan meningkat menjadi 103.645 pada tahun 2021. Kecelakaan lalu lintas yang terjadi ini tidak hanya menyebabkan kasus meninggal dunia tapi juga menyebabkan kasus luka berat dengan segala permasalahannya dalam dunia medis.

Kasus luka berat yang banyak terjadi akibat kecelakaan adalah patah tulang, bisa terjadi single atau multiple dan dengan berbagai bentuk konfigurasi dan keparahannya. Selain karena kecelakaan patah tulang bisa terjadi karena penyebab lain seperti infeksi, neoplasma, gangguan metabolisme dan gangguan kongenital, namun kasus patah tulang akibat trauma masih sangat mendominasi terutama di negara kita. Penatalaksanaan patah tulang ini menjadi sangat penting dikarenakan dengan penatalaksanaan yang tepat kita, dapat mencegah terjadinya komplikasi yang tidak diharapkan dari kejadian patah tulang tersebut. Komplikasi yang mungkin terjadi akibat patah tulang dapat mengakibatkan kecacatan yang sangat mempengaruhi masa depan baik pasien tersebut maupun keluarganya. Karena kecacatan pada daerah ekstremitas akan sangat mengganggu aktifitas dari pasien tersebut baik dari kegiatan sehari-hari sampai kemampuan dia melakukan pekerjaan (Hidayat, n.d.)

Di Indonesia kasus fraktur pada tahun 2018 tercatat jumlah keseluruhan 9,2%. Angka kejadian kecelakaan terbanyak di Indonesia pada umur 15-59 tahun sekitar 70%. Kecelakaan yang terjadi pada laki-laki lebih Besar yaitu

31,9% sedangkan pada perempuan sekitar 19,8% (*RISKESDAS*, 2018).

Patah tulang *fraktur* merupakan terputusnya kontinuitas atau retak jaringan yang disebabkan trauma yang ditentukan oleh luas dan jenis trauma. Sehingga mengalami penurunan fungsi fisik yang merupakan salah satu ancaman potensial pada integritas. Rusaknya integritas tulang menyebabkan nyeri, trauma, kaku sendi, dan gangguan muskuloskeletal (Hermanto et al., 2020).

Gambaran angka kejadian fraktur di RSUP M. Djamil Padang dalam rentang waktu 2016 sampai 2018 yaitu 256 orang, yaitu semua pasien yang di diagnosa primer maupun sekunder fraktur femur yang memenuhi kriteria inklusi dengan distribusi frekuensi kasus fraktur femur paling banyak terjadi pada golongan usia ≥ 60 tahun yang berjumlah 72 orang (281%) (Suhail Ahmad et al., 2021).

Gambaran klinis yang akan terlihat pada pasien fraktur pada umumnya pada saat anamnesis pasien akan mengeluhkan nyeri, bengkak, gangguan pada fungsi penggerakkan, terdapat deformitas, terdapat kelainan fungsi gerak dan terdapat crepitasi. pada pemeriksaan fisik pasien fraktur perlu di perhatikan adanya tanda syok, tanda anemis atau perdarahan, dan pada pemeriksaan local *look* lihat adanya perubahan ekspresi yang di akibatkan oleh nyeri, lihat adanya perhatian adanya luka pada kulit dan jaringan lunak untuk membedakan jenis frakturnya. (Kuncoro, 2022).

Menurut tim pokja PPNI nyeri akut merupakan diagnosa yang bisa di tegakkan pada pasien fraktur sesuai dengan tanda gejala fraktur subjektif pasien akan mengeluh nyeri, objektif, pasien akan tampak meringis, bersifat protektif (waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, susah tidur dan gejala minornya objektif tekanan darah meningkat, pola nafas meningkat nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri (PPNI, 2016).

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut, Salah satu intervensi yang dapat mengurangi

nyeri fraktur adalah memberikan kompres dingin, Kompres dingin dapat meredakan nyeri dikarenakan kompres dingin dapat mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan edema yang diperkirakan menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit.

Pemberian kompres dingin dapat meningkatkan pelepasan endorfin yang memblokir transmisi stimulus nyeri dan juga menstimulasi serabut saraf yang memiliki diameter besar α -Beta sehingga menurunkan transmisi impuls nyeri melalui serabut kecil α Delta dan serabut saraf C

Pada penelitian yang dilakukan oleh Anugerah dengan judul Pengaruh Terapi Kompres Dingin Terhadap Nyeri Post Operasi ORIF (Open Reduction Internal Fixation) pada Pasien Fraktur di RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso didapatkan hasil pada penelitiannya ada pengaruh kompres dingin dalam mengurangi pasien post fraktur berdasarkan uji *Wilcoxon* (Anugerah et al., 2017).

Studi kasus yang dilakukan oleh Hardianto yang berjudul Penerapan Kompres dingin terhadap skala nyeri pada pasien post operasi fraktur di ruang bedah RSUD Jendral. Ahmad Yani Kota Metro yang dilakukan pada 2 pasien terdapat hasil ada pengurangan skala nyeri dari berat ke ringan (Hardianto et al., 2021).

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti melakukan penerapan kompres dingin untuk menurunkan skala nyeri pada pasien fraktur di ruangan Trauma Center RSUP M.Djamil Padang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas penulis mengangkat rumusan masalah “Bagaimanakah penerapan kompres dingin untuk menurunkan skala nyeri dalam asuhan keperawatan pada pasien fraktur di ruangan Trauma Center RSUP M.Djamil Padang 2023?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari Karya Tulis Akhir ini adalah mampu menerapkan kompres dingin dalam asuhan keperawatan pada pasien *multiple fraktur* dengan nyeri akut di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien *Multiple fraktur* dengan nyeri yang dilakukan penerapan intervensi Kompres Dingin di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Menegakkan diagnosis pada pasien *Multiple fraktur* dengan nyeri yang dilakukan penerapan intervensi Kompres Dingin di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Merencanakan intervensi keperawatan pada pasien *Multiple fraktur* dengan nyeri yang dilakukan penerapan intervensi Kompres Dingin di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien *Multiple fraktur* dengan nyeri yang dilakukan penerapan intervensi Kompres Dingin di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien *Multiple fraktur* dengan nyeri yang dilakukan penerapan intervensi Kompres Dingin di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- f. Menganalisis penerapan intervensi terapi Kompres dingin pada pasien *Multiple fraktur* dengan nyeri yang dilakukan penerapan intervensi Kompres Dingin di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat aplikatif

Penulisan Karya Tulis Akhir ini diharapkan dapat memberikan informasi/wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *Multiple Fraktur* dengan nyeri akut yang

dilakukan pemberian terapi Kompres dingin di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Manfaat Keilmuan

a. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Hasil Karya Tulis Akhir ini dijadikan sebagai bahan masukan bagi perawat di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang mengenai penerapan kompres dingin dalam mengatasi nyeri pada pasien *multiple fraktur*.

b. Bagi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Hasil Karya Tulis Akhir ini dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta bahan literatur bacaan bagi mahasiswa.

c. Bagi Peneliti

Karya Tulis Akhir ini dapat menambah wawasan, kemampuan berfikir, menganalisa, dan pengetahuan peneliti khususnya dalam bidang penelitian terkait Penerapan Kompres Dingin untuk mengatasi nyeri pada pasien *multiple fraktur*. Bagi peneliti selanjutnya

d. Hasil Karya Tulis Akhir ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien

BAB II TINJAUAN LITERATUR

A. FRAKTUR

1. Pengertian Fraktur

Fraktur merupakan kejadian terputusnya kontinuitas tulang yang ditentukan sesuai jenis dan luasnya cedera Sehingga mengalami penurunan fungsi fisik yang merupakan salah satu ancaman potensial pada integritas. Rusaknya integritas tulang menyebabkan nyeri, trauma, kaku sendi, dan gangguan musculoskeletal (Hermanto et al., 2020).

Fraktur multiple adalah fraktur yang terjadi pada tulang lebih dari satu. Adapun contoh dari fraktur multiple yaitu fraktur radius distal dan fraktur tibialis (Rosadi et al., 2023).

Fraktur merupakan kondisi dimana terjadi diskontinuitas korteks tulang yang paling sering disebabkan oleh trauma. Fraktur dapat menimbulkan risiko infeksi karena kerusakan jaringan lunak yang parah, perdarahan parah, atau cedera vascular. Pada pasien yang mengalami fraktur perlu diberikan penggantian cairan yang memadai, analgesia, antibiotik, dan profilaksis tetanus sebelum perawatan bedah. Perawatan cedera yang mengancam jiwa seperti mengontrol perdarahan, memulai resusitasi cairan dan penggantian darah jika perlu, memberikan analgesia golongan opioid. Fraktur multiple yang terjadi pada pasien memiliki risiko tinggi sehingga diperlukan persiapan pre operatif, perioperative, dan post operatif (Fatimah, 2022)

2. Penyebab Fraktur

Fraktur disebabkan oleh trauma di mana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang yang biasanya diakibatkan secara langsung dan tidak langsung. Menurut Carpenito (2013) adapun penyebab fraktur antara lain:

- a Kekerasan langsung Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patah melintang atau miring.
- b Kekerasan tidak langsung Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat terjadinya kekerasan. Bagian yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vektor kekerasan.
- c Kekerasan akibat tarikan otot Patah tulang akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan, dan penekanan, kombinasi dari ketiganya, dan penarikan. Etiologi dari fraktur menurut (Price, S.A., Wilson, 2013) ada 3 yaitu:
 - 1) Cidera atau benturan
 - 2) Fraktur patologik Fraktur patologik terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor, kanker dan osteoporosis.
 - 3) Fraktur beban
 - 4) Fraktur kelelahan terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka, seperti baru di terima dalam angkatan bersenjata atau orang-orang yang baru mulai latihan lari.

3. Tanda dan gejala *Fraktur*

tanda dan gejala fraktur (Suriya & Zuriati, 2019) adalah sebagai berikut.

- a. Deformitas Daya tarik kekuatan otot menyebabkan fragmen tulang berpindah dari tempatnya perubahan keseimbangan dan kontur terjadi seperti:
- b. Rotasi pemendekan tulang
- c. Penekanan tulang
- d. Bengkak: edema muncul secara cepat dari lokasi dan ekstravaksi darah dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur.
- e. Echimosis dari perdarahan subcutaneous.

- f. Spasme otot spasme involunters dekat fraktur.
- g. Tenderness / keempukan.
- h. Nyeri mungkin disebabkan oleh spasme otot berpindah tulang dari tempatnya dan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan.
- i. Kehilangan sensasi (mati rasa, mungkin terjadi dari rusaknya saraf/perdarahan).
- j. Pergerakan abnormal
- k. Syok hipovolemik hasil dari hilangnya darah
- l. Krepitasi.
- m. Gangguan respiratori: dapat mengakibatkan terjadinya oedema paru, nyeri pleura, sesak nafas, *friction rub*, krakles, sputum kental, peradangan lapisan pleura. Gejala-gejala lain yang dapat muncul akibat penurunan daya kerja yaitu:
 - a. Penimbunan sisa metabolisme di tubuh
Kondisi ini ditandai dengan pasien mudah lelah, seluruh anggota terasa sakit, kilit gatal-gatal, terjadi kram otot, pasien mengeluh mudah lupa, sulit untuk memulai tidur, merasa mual bila mencium makanan, nafsu makan berkurang, kemampuan tubuh untuk terhindar dari penyakit menurun
 - b. Masalah keseimbangan cairan
Pasien dengan penurunan fungsi ginjal dapat terjadi kelebihan dan kekurangan cairan. Kelebihan cairan dapat mengakibatkan pembengkakan pada mata, wajah dan pergelangan tangan. Kekurangan cairan dapat terjadi akibat pemasukan yang sangat kurang, ditandai dengan mata yang cekung, mukosa mulut kering, bahkan hampir tidak ada lender di dalam mulut
 - c. Gangguan hormon
Berkurangnya kemampuan ginjal memproduksi hormon menyebabkan ginjal menghasilkan lebih banyak hormon atau ekstra hormon. Penyakit ginjal kronik sering terjadi tanpa menimbulkan keluhan dan pasien tidak mengetahui serta merasakannya.

- d. Keletihan dan letargi, nyeri kepala, kelemahan, mudah mengantuk, pernafasan kussmaul dan dapat mengakibatkan terjadi koma

4. Patofisiologi Fraktur

Tulang bersifat rapuh, namun cukup mempunyai kekuatan dan gaya pegas untuk menahan tekanan. Tetapi apabila tekanan eksternal datang lebih besar daripada tekanan yang diserap tulang, maka terjadilah trauma yang dapat mengakibatkan rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang.

Fraktur atau gangguan tulang biasanya disebabkan oleh trauma gangguan adanya gaya dalam tubuh yaitu stress, gangguan fisik, gangguan metabolik, patologik. Kemampuan otot mendukung tulang turun, baik yang terbuka maupun yang tertutup. Kerusakan pembuluh darah akan mengakibatkan pendarahan, maka volume darah menurun. COP menurun maka terjadilah perubahan perfusi jaringan. Hematoma akan mengeksudasi plasma dan proliferasi menjadi edema lokal maka penumpukan di dalam tubuh. Fraktur terbuka atau tertutup akan mengenai serabut saraf yang dapat mengenai tulang dan dapat terjadi neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Disamping itu fraktur terbuka dapat mengenai jaringan lunak yang kemungkinan dapat terjadi infeksi terkontaminasi dengan udara luar dan kerusakan jaringan lunak akan mengakibatkan kerusakan integritas kulit.

Jejas yang ditimbulkan karena adanya fraktur menyebabkan rupturnya pembuluh darah sekitar yang dapat menyebabkan terjadinya pendarahan. Respon dini terhadap kehilangan darah adalah kompensasi tubuh, sebagai contoh vaskonstriksi progresif dari kulit, otot dan sirkulasi viseral. Karena adanya cedera, respon terhadap berkurangnya volume darah yang akut adalah peningkatan detak jantung sebagai usaha untuk menjaga output jantung, pelepasan katekolamin-katekolamin endogen meningkatkan tahanan pembuluh perifer. Hal ini akan meningkatkan tekanan darah diastolik dan mengurangi tekanan nadi (pulse pressure), tetapi hanya sedikit membantu peningkatan perfusi organ. Hormon-hormon lain yang bersifat

vasoaktif juga dilepaskan kedalam sirkulasi sewaktu terjadinya syok, termasuk histamin, bradikinin beta-endoprin dan sejumlah besar prostanoid dan sitokin-sitokin lain. Substansi ini berdampak besar pada mikrosirkulasi dan permeabilitas pembuluh darah.

Pada syok perdarahan yang masih disini, mekanisme kompensasi sedikit mangautr pengembalina darah (venous return) dengan cara kontraksi volume darah di dalam sistem venasistemik. Cara yang paling efektif untuk memulihkan kardiak pada tingkat seluler, sel dengan perfusi dan oksigenasi tidak adekuat tidak mendapat substrat esensial yang sangat diperlukan untuk metabolisme airobik normal dan produksi energi. Pada keadaan awal terjadi kompensasi dengan berpindah ke metabolisme anaerobik. Hal mana mengakibatkan pembentukan asam laktat dan berkembangnya asidosis metabolik bila syoknya berkepanjangan dan penyampaian substrat untuk pembentukan ATP (Adenosin Trphorpat) tidak memadai, maka membran sel tidak dapat lagi mempertahankan integritasnya dan gradietnya elektrik normal hilang.

Pembengkakan retikulum endoplasmik merupakan tanda ultra struktural pertama dari hipoksia seluler setelah itu tidak lama lagi akan di ikuti cedera mitokondrial. Lisosom pecah dan melepaskan enzim yang mencernakan struktur intra-seluler. Bila proses ini berjalan terus, terjadilah pembengkakan sel, juga terjadi penumpukan kalsium intra seluler. Bila proses ini berjalan terus, terjadilah cidera seluler yang progresif, penambahan edema jaringan dan kematian sel. Proses ini memperberat dampak kehilangan darah dan hipoperfusi. Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi disekitar tempat patah dan kedalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut. Jaringan lunak juga biasanya mengalami kerusakan. Reaksi peradangan biasanya timbul hebat setelah fraktur.

Ditempat patah terbentuk fibrin (hematoma fraktur) dan berfungsi sebagai jala-jala untuk melakukan aktifitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru imatur yang disebut callus. Bekuan fibrin direbsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodeling membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan tersebut saraf yang berkaitan dengan

pembengkakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ekstremitas dan mengakibatkan kerusakan saraf perifer. Bila tidak terkontrol pembengkakan dapat mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusi darah total dapat berakibat anoksia jaringan yang mengakibatkan rusaknya serabut syaraf maupun jaringan otot (Wijaya, 2013).

5. Pemeriksaan Penunjang

pemeriksaan Penunjang Menurut Doenges (2014), Pemeriksaan penunjang pada pasien fraktur antara lain yaitu:

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

6. Penatalaksanaan *fraktur*

Price, S.A., Wilson (2013) mengatakan prinsip penanganan fraktur dikenal dengan “empat R” yaitu,

- a Rekognisi yaitu menyangkut diagnosis fraktur ada tempat kejadian dan kemudian di rumah sakit.
- b Reduksi yaitu usaha serta tindakan memanipulasi fragmen tulang yang patah sedapat mungkin untuk kembali seperti letak asalnya
- c Retensi yaitu aturan umum dalam pemasangan gips, yang dipasang untuk mempertahankan reduksi harus melewati sendi diatas dan sendi dibawah fraktur
- d Rehabilitasi, yaitu pengobatan dan penyembuhan fraktur.

Penatalaksanaan fraktur menurut (Muttaqin, 2012) adalah:

a. Penatalaksanaan konservatif

- 1) Proteksi adalah proteksi fraktur terutama untuk mencegah trauma lebih lanjut dengan cara memberikan sling (mitela) pada anggota gerak atas atau tongkat pada anggota gerak bawah.
- 2) Imobilisasi dengan bidai eksterna. Imobilisasi pada fraktur dengan bidai eksterna hanya memberikan imobilisasi. Biasanya menggunakan gips atau macam-macam bidai dari plastik atau metal.
- 3) Reduksi tertutup dengan menggunakan manipulasi dan imobilisasi eksterna dengan menggunakan gips. Reduksi tertutup yang diartikan manipulasi dilakukan dengan pembiusan umum dan lokal.
- 4) Reduksi tertutup dengan traksi kontinu dan kounter traksi. Tindakan ini mempunyai tujuan umum, yaitu beberapa reduksi yang bertahap dan imobilisasi.

b. Penatalaksanaan pembedahan

Penatalaksanaan ini sangatlah penting diketahui oleh perawat, jika ada keputusan pasien diindikasikan untuk menjalani pembedahan, perawat mulai berperan dalam asuhan keperawatan tersebut:

- 1) Reduksi tertutup dengan fiksasi eksternal perkuatan atau K-Wire
- 2) Reduksi terbuka dan fiksasi internal atau fiksasi eksternal tulang yaitu:
 - a) Open Reduction and Internal Fixation (ORIF) atau reduksi terbuka dengan fiksasi internal. Orif akan mengimobilisasi fraktur dengan melakukan pembedahan untuk memasukkan paku, scrup atau pen kedalam tempat fraktur untuk mengfiksasi bagian tulang pada fraktur secara bersamaan. Fiksasi internal sering digunakan untuk merawat fraktur pada tulang pinggul yang sering terjadi pada orang tua.
 - b) Open Reduction Terbuka dengan fiksasi eksternal. Tindakan ini merupakan pilihan sebagian bagi sebagian besar fraktur. Fiksasi eksternal dapat menggunakan

konselosascrew atau dengan metil metaklirat (akrilik gigi) atau fiksasi eksterna dengan jenis- jenis lain seperti gips.

B. Konsep Nyeri

1. Pengertian Nyeri

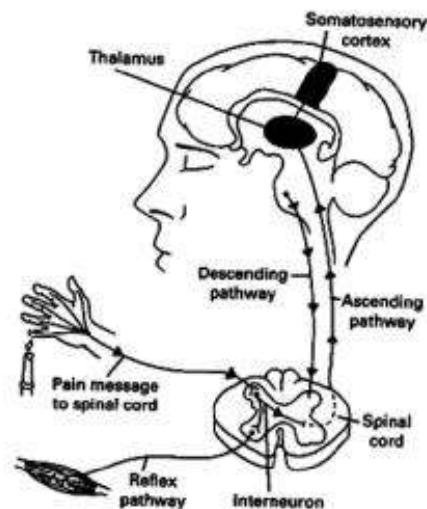
Diagnosis Keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (waspada menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur (PPNI, 2016)

Nyeri merupakan pengalaman sensorik multidimensi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan. Kelompok studi nyeri Perdossi (2000) telah menterjemahkan definisi nyeri yang dibuat IASP (International Association The Study of Pain) yang berbunyi "nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial, atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Nyeri merupakan masalah kesehatan yang kompleks, dan merupakan salah satu alasan utama seseorang datang untuk mencari pertolongan medis. Nyeri dapat mengenai semua orang, tanpa memandang jenis kelamin, umur, ras, status sosial, dan pekerjaan.

2. Mekanisme Nyeri

Pengalaman sensoris pada nyeri akut disebabkan oleh stimulus noxious yang diperantarai oleh sistem sensorik nosiseptif. Sistem ini berjalan mulai dari perifer melalui spinalis, batang otak, talamus, dan korteks cerebri. Pencegahan terhadap terjadinya kerusakan jaringan mengharuskan setiap individu untuk belajar mengenali stimulus-stimulus tertentu yang berbahaya dan harus dihindari. Apabila telah terjadi kerusakan jaringan, maka sistem nosiseptif akan bergeser fungsinya, dari fungsi protektif menjadi fungsi yang membantu perbaikan jaringan yang rusak. Nyeri inflamasi merupakan salah satu bentuk untuk mempercepat perbaikan kerusakan jaringan.

Sensitivitas akan meningkat, sehingga stimulus non noxious atau noxious ringan yang mengenai bagian yang meradang akan menyebabkan nyeri. Sebagai akibatnya, individu akan mencegah adanya kontak atau gerakan pada bagian yang cidera tersebut sampai perbaikan jaringan selesai. Hal ini akan meminimalisasi kerusakan jaringan lebih lanjut. Nyeri inflamasi akan menurunkan derajat kerusakan dan menghilangkan respon inflamasi. Nyeri inflamasi merupakan bentuk nyeri yang adaptif namun demikian pada kasus-kasus cedera elektif (misalnya: pembedahan), cedera karena trauma, atau rheumatoid arthritis, penatalaksanaan yang aktif harus dilakukan. Respon inflamasi berlebihan atau kerusakan jaringan yang hebat tidak boleh dibiarkan. Nyeri maladaptif tidak berhubungan dengan adanya stimulus noxious atau penyembuhan jaringan. Nyeri maladaptif dapat terjadi sebagai respon kerusakan sistem saraf (nyeri neuropatik) atau sebagai akibat fungsi abnormal sistem saraf (nyeri fungsional



Gambar 2.1 poses impuls nyeri(Pinzon, 2016)

kasus nyeri nosiseptif terdapat proses transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi merupakan konversi stimulus noxious termal, mekanik, atau kimia menjadi aktivitas Listrik pada akhiran serabut sensorik nosiseptif. Proses ini diperantarai oleh reseptor ion channel natrium yang spesifik. Konduksi merupakan perjalanan aksi potensial dari akhiran saraf perifer ke

sepanjang akson menuju akhiran nosiseptor di sistem saraf pusat. Transmisi merupakan bentuk transfer sinaptik dari satu neuron ke neuron lainnya. Kerusakan jaringan akan memacu pelepasan zat-zat kimiawi (mediator inflamasi) yang menimbulkan reaksi inflamasi yang diteruskan sebagai sinyal ke otak. Sinyal nyeri dalam bentuk impuls listrik akan dihantarkan oleh serabut saraf nosiseptor tidak bermielin (serabut C dan 8) yang bersinaps dengan neuron di kornu dorsalis medulla spinalis. Sinyal kemudian diteruskan melalui traktus spinothalamikus di otak, dimana nyeri dipersepsi, dilokalisasi, dan diinterpretasikan.

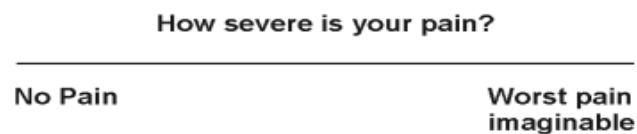
3. Skala intensitas nyeri

Intensitas nyeri merupakan salah satu domain utama yang dinilai pada asesmen nyeri. Pemahaman akan intensitas nyeri akan membantu petugas kesehatan dalam mengklasifikasikan nyeri, memilih analgesia, dan menetapkan waktu asesmen ulang. Nyeri intensitas ringan akan memerlukan pendekatan terapi yang berbeda dengan nyeri intensitas berat. Nyeri intensitas berat memerlukan evaluasi yang lebih cepat daripada nyeri intensitas ringan. Bab ini akan membahas 3 skala intensitas nyeri yang paling umum dikerjakan di praktek klinik, yaitu: Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, dan Wong Baker Faces Scale.

a. Visual Analogue Scale (VAS)

Visual Analogue Scale adalah skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Penggunaannya sangat banyak dalam praktek klinik dan penelitian. Visual Analogue Scale adalah skala kontinyu horisontal atau vertikal yang pada umumnya memiliki panjang 10 cm (100 mm) dengan dua kubu ekstrim, yaitu 0 “tanpa nyeri” dan 100 mm “nyeri paling hebat yang bisa dibayangkan”. Nilai VAS diisi sendiri oleh pasien. Pemeriksa meminta pasien untuk menunjuk satu titik di garis antara titik 0 dan 100. Pemeriksa mengukur jarak dari titik yang ditunjuk oleh pasien dari titik nol. Skala VAS dinilai dengan media pensil dan kertas, sehingga tidak dapat dilakukan secara verbal atau

melalui saluran telepon. Pengukuran nilai VAS tidak memerlukan pelatihan khusus yang sama. Bila kertas yang menggambarkan skala nyeri ini diperbanyak dengan foto kopi, maka harus diperhatikan bahwa panjang garis tidak berubah. Kajian terhadap penelitian terdahulu memperlihatkan bahwa skor VAS horisontal sedikit lebih rendah daripada skor VAS vertikal bila dikerjakan pada orang yang sama. Pada kasus dengan evaluasi berkala, maka cara pengukuran VAS harus konsisten untuk setiap waktunya. Nilai VAS dikelompokkan menjadi nyeri intensitas ringan (0-44 mm), nyeri intensitas sedang (45-74 mm), dan nyeri intensitas berat (75-100 mm). Nilai VAS diadopsi pada awalnya dari bidang psikologi. Nilai VAS digunakan secara luas dengan reliabilitas yang baik. Kajian terdahulu menunjukkan bahwa VAS memiliki kemampuan yang baik untuk menilai pengurangan nyeri pasca terapi analgesia.

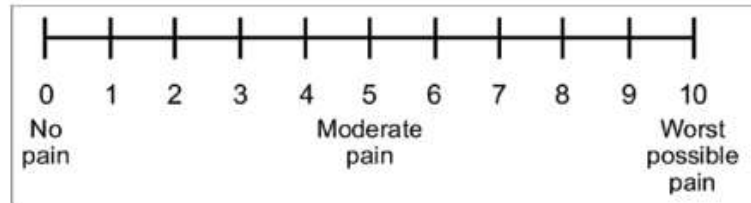


Gambar 2.2 Visual Analogue Scale (VAS)

b. Numeric Rating Scale (NRS)

Skala NRS adalah skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Skala NRS adalah versi angka dari VAS yang menggambarkan 0-10 dalam skala nyeri. Pada umumnya dalam bentuk garis. Skala untuk NRS adalah skala numerik tunggal berisi 11 nilai, yaitu 0 “tidak sakit sama sekali” dan 10 “sakit terhebat yang bisa dibayangkan”. Nilai NRS bisa digunakan untuk evaluasi nyeri, dan pada umumnya pengukuran kedua tidak lebih dari 24 jam pasca pengukuran pertama. Nilai NRS dapat disampaikan secara verbal maupun dalam bentuk gambar. Klasifikasi nilai NRS adalah nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), dan nyeri hebat (7-10). Nilai NRS dapat diperoleh dalam waktu kurang dari

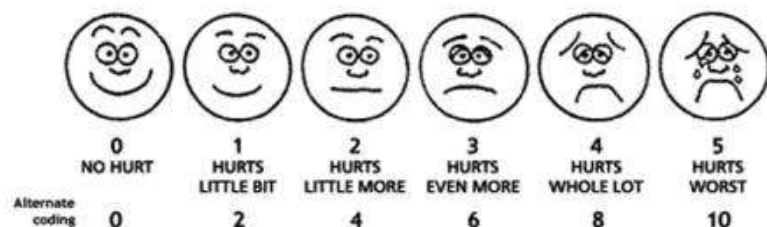
1 menit dan dapat dikerjakan dengan sangat mudah. Nilai NRS memiliki korelasi positif yang sangat baik dengan VAS. Nilai NRS memiliki reliabilitas yang tinggi dan dapat digunakan untuk evaluasi pasaca terapi nyeri.



Gambar 2.3 Numeric Rating Scale

c. Skala wajah

Pada populasi anak-anak dapat digunakan skala wajah bayang berisi 6 wajah. Urutan wajah tersebut menggambarkan angka 0 “tidak sakit(wajah senang)” sampai dengan angka 5 “sakit hebat yang dapat dibayangkan (wajah menangis)”. Skala nyeri wajah dapat diukur dalam bentuk revisi yang menggambarkan skala 0-10 dengan 6 wajah. Hal ini untuk membuat konsisten dengan pengukuran VAS dan NRS. Nilai skala untuk 6 wajah tersebut adalah 0-2-4-6-8-10.



Gambar 2.4 skala wajah

C. Evidence Based Nursing (EBN)

1. Pengantar Jurnal

a. Definisi Kompres Dingin

Kompres dingin adalah memberi rasa dingin pada daerah setempat menggunakan kain yang dicelupkan pada air es. Terapi es dapat menurunkan *prostaglandin* yang memperkuat reseptor nyeri dan subcutan lain pada tempat cedera terjadi. Terapi dingin mekanisme kerjanya kompres dingin dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (*non-noiseptor*) dalam bidanga reseptor yang sama pada cedera (Andarmoyo, 2013a).

b. Manfaat Kompres Dingin

- 1) Menurunkan intensitas nyeri
- 2) Menghentikan perdarahan
- 3) Mengurangi kongesti
- 4) Memberikan rasa nyaman
- 5) Menurunkan suhu tubuh

c. Indikasi Kompres dingin

Kompres dingin dapat memberikan efek dingin sehingga menghambat impuls nyeri pada reae cedera fraktur.

d. Kontraindikasi Kompres dingin

Ada beberapa hal yang menjadi kontraindikasi dalam Kompres Dingin, Klien dengan penyakit reynaud, Klien dengan alergi dingin, Klien dengan luka terbuka, Klien dengan gangguan sirkulasi

Nyeri merupakan suatu bentuk pengalaman sensoris dari individu yang bersifat tidak menyenangkan dan terjadi karna adanya suatu kerusakan jaringan di bagian tubuh individu tersebut, (Judha dkk, 2012) dalam (Bina et al., 2018).

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda (Sirait, 2019)

Instrument yang dapat digunakan untuk mengukur dan mengkaji intensitas nyeri pada fraktur yaitu Numeric Rating Scale(NRS).Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri yang ringan, angka 4-6 termasuk dalam nyeri sedang, sedangkan angka 7-10 merupakan kategori nyeri berat. Oleh karena itu, skala NRS akan digunakan sebagai instrumen penelitian.Menurut skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

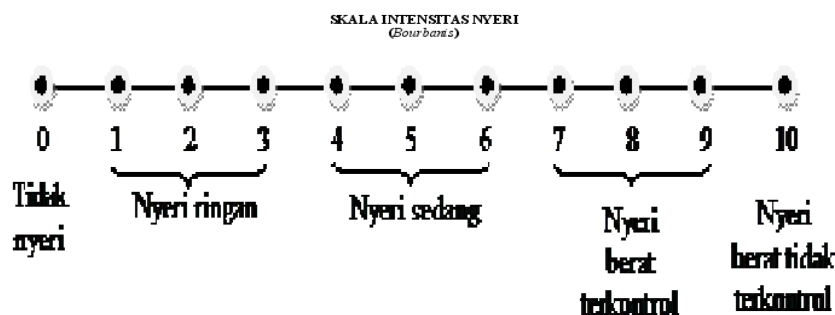
0: tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.

1-3: mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.

4-6: rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang.

7-10: rasa nyeri sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat.Nyeri RinganNyeri Sedang

Nyeri Berat Gambar Skala Pengukur Nyeri NRS



Gambar 2.5 skala nyeri Numeric Scale

Penatalaksanaan untuk mengurangi nyeri dapat dilakukan dengan cara farmakologis dan non farmakologis.Tindakan farmakologis dapat dilakukan dengan pemberian analgesic, sedangkan non farmakologis dapat dilakukan

dengan relaxasi nafas dalam kompres dingin, *range of motion* (ROM) (Risnah et al., 2019).

Salah satu faktor yang mempengaruhi penurunan intensitas nyeri adalah terapi kompres dingin. Kompres dingin ialah metode dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan sensasi dingin pada bagian tubuh yang diperlukan. Tujuan dari kompres dingin, yaitu meredakan rasa sakit pada bagian tubuh. Terapi dingin secara klinis dapat meningkatkan ambang nyeri, mencegah pembengkakan dan menurunkan performa motorik local (Sumartiningsih, 2012) dalam (Sastra & Despitasari, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Agung I.D dan Cindi N.A (2019) menunjukkan bahwa di dapatkan hasil penurunan intensitas nyeri dari skala 5 menjadi skala 2. Pada studi kasus ini, hasil yang didapat sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sirait, 2019)) menunjukkan bahwa nilai rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukannya terapi kompres dingin yaitu sebesar 1,83 sedangkan sesudah dilakukan kompres dingin sebesar 1,17. Hal ini menunjukkan kompres dingin berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri pada penderita fraktur femur. Kompres dingin dapat meredakan nyeri dikarenakan kompres dingin dapat mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan edema yang diperkirakan menimbulkan efek analgetik dengan memperlamba kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sirait, 2019) menunjukkan bahwa (p-value) sebesar 0,046 nilai rata-rata nilai intensitas nyeri sebelum dilakukannya terapi kompres dingin yaitu sebesar 1,83 sedangkan sesudah dilakukannya Kompres dingin sebesar 1,17. Hal ini menunjukkan kompres dingin berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri pada penderita fraktur femur. Penelitian terkait lainnya adalah penelitian yang dilakukan oleh Suryani, M dan Soesanto E (2020) hasil studi terhadap 2 subjek studi kasus didapatkan bahwa tingkat nyeri sebelum diberikan terapi kompres dingin pada subjek studi kasus 1 adalah 6 dan sesudah dilakukan terapi kompres dingin berkurang menjadi 3, sedangkan intensitas nyeri pada subjek studi kasus 2

sebelum diberikan terapi kompres dingin adalah 5 dan setelah diberikan terapi kompres dingin juga mengalami penurunan menjadi 3. Hal ini sejalan dengan penelitian (Manengkey et al., 2019) yang menyimpulkan cold compress (es batu) efektif untuk penanganan nyeri terhadap pasien

e. Standar Operasional Prosedur Relaksasi Otot Progresif

Tabel 2. 1 SOP Kompres Dingin

	Standart Operasional Prosedure (SOP) Kompres Dingin
Pengertian	Kompres dingin adalah memberi rasa dingin pada daerah setempat menggunakan kain yang dicelupkan pada air es
tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan intensitas nyeri 2. Menghentikan perdarahan 3. Mengurangi kongesti 4. Memberikan rasa nyaman 5. Menurunkan suhu tubuh
persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan alat : <ol style="list-style-type: none"> a kain menyerap b Kom berisi potongan-potongan kecil es c Air dalam kom dan kain untuk es kerja d Perlak, pengalas, selimut (bila perlu) 2. Persiapan klien : Kontrak topic, waktu, tempat dan tujuan dilaksanakannya kompres dingin 3. Persiapan lingkungan : Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi klien dan juga menjaga privasi klien
indikasi	Klien yang mengalami nyeri akibat fraktur (khususnya multiple fraktur)

Kontra indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1.Klien dengan penyakit reynaud 2.Klien dengan alergi dingin 3.Klien dengan luka terbuka 4.Klien dengan gangguan sirkulasi
	<p>Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberi salam/menyapa klien 2) Memperkenalkan diri 3) menjelaskan tujuan tindakan 4)Menjelaskan langkah prosedur 5) Menanyakan kesiapan klien <p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan kesempatan pada klien 2) Menanyakan keluhan utama yang sedang dirasakan 3) Dekatkan alat-alat ke klien 4) Menjaga privasi klien 5) Mengatur klien dalam posisi nyaman 6) Cuci tangan sebelum melakukan tindakan untuk bertanya 7) masukkan es ke dalam kom berisi air 8) isi es ke kirbat atau ke kain untuk mengompres 9) lalu tutup kirbat es/ menggunakan kain tutup atau puat kain agar es tidak berserakan 10) kompres kan selama 5-20 menit pada area nyeri. 11) angkat kirbat es dan bereskan alat selesai terapy <p>Fase terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan 2) Menanyakan pada klien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan 3) Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan 4) Melakukan kontrak waktu untuk indakan selanjutnya 5)Berikan reinforcement positif sesuai dengan kemampuan responden

	<p>6)Mengakhiri kegiatan, memberi salam dan berpamitan pada responden</p> <p>7)Cuci tangan</p> <p>8)Dokumentasikan tindakan</p>
--	---

2. Analisis Jurnal

Tabel 2.2 Analisis Jurnal

METODE ANALISIS JURNAL (PICO)	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL3
JUDUL	Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Tertutup Dengan Pemberian Terapi Kompres Dingin	Pengaruh pemberian kompres dingin terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post operasi fraktur di rs siloam sriwijaya palembang tahun 2020	Asuhan keperawatan pada pasien fraktur tertutup dengan gangguan rasa aman nyaman nyeri melalui tindakan pemberian kompres dingin di rumah sakit tk ii putri hijau medan
Peneliti	1. Made Suryani 2. Edy Soesanto	1. Ovi Anggraini 2. R.A. Fadila ²	1. Tri Andini Septiani 2. ,Nina Olivia 3. Virginia Sayfrinanda
P (Problem)	Menurut data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia, di Indonesia sendiri sebanyak 8 juta orang (5,8%) diantaranya mengalami kasus fraktur tertutup akibat kecelakaan lalu lintas (KLL). Tanda dan gejala utama yang dirasakan oleh penderita fraktur yaitu nyeri	Angka kejadian fraktur atau patah tulang cukup tinggi, berdasarkan data dari Departemen Kesehatan RI tahun 2013 didapatkan bahwa dari jumlah kecelakaan yang terjadi dengan persentasi 5,8% korban cedera atau sekitar 8 juta orang mengalami fraktur dengan penyebab dan jenis fraktur yang berbeda, jenis fraktur yang banyak terjadi yaitu pada fraktur pada bagian ekstremitas atas sebesar 36,9% dan ekstremitas bawah sebesar 65,2%. Dari hasil survey tim Depkes RI didapatkan 25% penderita fraktur yang mengalami kematian, 45% mengalami cacat fisik, 15% mengalami stress	WHO tahun 2017 dan 2018 prevalensi kejadian fraktur 2,7 % dan 4,2% atau berkisar 18 juta orang dan meningkat pada tahun 2019 menjadi 4,5 % atau berkisar 21 juta orang mengalami fraktur. Data Depkes tahun 2020 kejadian fraktur di Indonesia 5,8 atau 8 juta dan diantaranya adalah fraktur tertutup (Alfiyah, Yudhoyono, Maryoto, 2021). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun 2015 didapatkan sekitar 2.700 orang yang mengalami insiden fraktur, 45% diantaranya mengalami kecacatan fisik, 25% mengalami kematian, 20% mengalami kesembuhan dan 10%

		<p>psikologis seperti cemas atau bahkan depresi dan 10% mengalami kesembuhan dengan baik (Depkes RI, 2013).</p> <p>Nyeri merupakan salah satu penyebab masalah yang dialami pasien setelah tindakan pembedahan. Nyeri post operasi disebabkan oleh karena adanya kerusakan jaringan karena prosedur pembedahan.</p>	<p>mengalami gangguan psikologis atau depresi. Berdasarkan penelitian Siregar, Tanjung, Sitepu (2020).</p> <p>Dampak yang diakibatkan fraktur adalah Nyeri, syok, emboli lemak, sindrom kompartemen dan trombo emboli iskemi (Alfiyah, 2021). Nyeri merupakan suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik sensori maupun emosional penderitanya yang bila tidak di tangani akan mengakibatkan ketidaknyamanan dalam aktivitas dan psikis penderitanya. Nyeri dapat diatasi dengan tindakan farmakologis dan non farmakologis. Beberapa tindakan nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri adalah dengan pemberian kompres, relaksasi nafas dalam (Aini & Reskita 2018), teknik range of motion (Permana et al., 2015) dan teknik relaksasi lain seperti terapi musik (Padang et al., 2017) dan terapi asmaul husna (Wulandini et al., 2015). Nyeri pada fraktur muncul diakibatkan karena adanya trauma pada pembuluh darah, otot maupun syaraf yang melepaskan zat kimia</p>
--	--	---	---

			<p>inflamasi histamin dan bradikinin sebagai vasodilator sehingga terbentuklah edema (pembengkakan), nyeri dan menstimulasi pelepasan prostaglandins yang bertransmisi melalui serabut saraf ke bagian substantia gelatinosa di dorsal spinal cord ke otak yang menginterpretasikan sinyal berupa persepsi nyeri.</p>
I (<i>Intervention</i>)	<p>Terapi kompres dingin dipilih karena lebih efektif dan mudah dilakukan secara mandiri oleh subjek studi kasus dalam menurunkan nyeri. studi kasus ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus berdasarkan penerapan Evidence Based Nursing Practice yaitu terapi kompres dingin terhadap penurunan intensitas nyeri. Subjek yang digunakan pada studi kasus berjumlah 2 orang pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi, menderita nyeri fraktur dengan tingkat skala nyeri 2-6. Kriteria eksklusinya yaitu pasien dengan skala nyeri >6 Pengambilan data dengan cara melakukan</p>	<p>Untuk mengatasi nyeri tersebut dapat dilakukan manajemen nyeri non farmakologi. Manajemen nyeri non farmakologi merupakan salah satu intervensi keperawatan secara mandiri untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien terutama pada pasien post operasi</p> <p>Salah satu manajemen non farmakologi pada pasien post operasi fraktur yang dapat digunakan adalah pemberian terapi kompres dingin. Pemberian terapi kompres dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat yang mengalami cedera dengan</p>	<p>Desain penelitian pada penelitian ini adalah deskriptif dengan rancangan studi Kasus yang dilakukan pada dua orang pasien dengan diagnosa medis yang sama yaitu perawatan pasien fraktur tertutup dengan tindakan kompres dingin menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Variabel Dependen pada penelitian ini adalah nyeri pada pasien fraktur tertutup. Variabel Independen pada penelitian ini adalah gangguan rasa aman nyeri. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah data sekunder berasal</p>

	<p>pengkajian, kemudian menentukan diagnosa keperawatan dan intervensi yang selanjutnya akan diberikan implementasi selama 3 hari berupa terapi kompres dingin selama 5-10 menit serta dilanjutkan dengan evaluasi. Pemberian terapi kompres dingin ini diberikan 2 jam sebelum pasien mendapatkan terapi obat analgesic. Skala nyeri diukur dengan Numerical Rating Scale (NRS) serta pengumpulan data menggunakan lembar pengkajian</p>	<p>menghambat proses inflamasi dan merangsang pelepasan endorfin. Kompres dingin menurunkan transmisi nyeri melalui serabut A-delta dan serabut C yang berdiameter kecil serta mengaktivasi transmisi serabut saraf A-beta yang lebih cepat dan besar (Andarmoyo, 2013). Menurut Breslin (2015) bahwa pemberian kompres dingin dapat diberikan pada sekitar area yang terasa nyeri. Pengaruh pemberian kompres dingin selama 10-20 menit dapat meningkatkan ambang batas nyeri, mengurangi aliran darah, mengurangi edema, metabolisme sel, dan transmisi nyeri ke jaringan syaraf akan menurun (Setyawati,2018). Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan metode pre eksperimen dengan rancangan one group pretest post-test dengan menggunakan uji paired t-test. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post operasi fraktur di Ruang Rawat Inap RS Siloam Sriwijaya Palembang bulan Maret dan April Tahun 2020 dengan</p>	<p>dari rekam medik, format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah dan daftar perencanaan keperawatan pada masalah keperawatan fraktur dengan diagnosa nyeri (Donges, 2012). Populasi pada penelitian ini adalah pasien yang mengalami fraktur tertutup dan mengalami gangguan rasa aman nyeri. Periode pelaksanaan penelitian pada bulan desember 2022 selama 3 haridi ruang bangsal Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Medan berjumlah 2 orang responden.</p>
--	---	--	--

		jumlah sampel sebanyak 30 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode purposive sampling.	
C (Comporation)	terapi non farmakologis yang dapat diberikan untuk menurunkan intensitas nyeri yaitu relaksasi nafas dalam (Aini & Reskita, 2018), terapi musik instrumental (Padang et al., 2017),	penelitian tentang pemberian terapi kompres dingin diketahui memberikan hasil yang cukup signifikan dalam penelitian dilakukan Amanda Putri Anugerah (2016), ada pengaruh pemberian kompres dingin terhadap nyeri post operasi ORIF pada pasien fraktur di RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso dimana dari 10 responden yang diberikan terapi kompres dingin selama 10 menit didapatkan 8 responden mengalami penurunan skala nyeri dan 2 responden tidak mengalami penurunan skala nyeri dengan nilai rata-rata skala nyeri sebelum pemberian kompres dingin 3,7 dan setelah pemberian kompres dingin menjadi 2,9.	Penurunan skala nyeri memakai kompres dingin bisa menurunkan sla nyeri seperti penelitian yang dilakukan Amanda Putri Anugerah (2016) menunjukkan bahwa hasil uji statistik menggunakan uji wilcoxon didapatkan nilai p value = 0,005 ($p < 0,05$) yang berarti ada pengaruh pemberian kompres dingin terhadap nyeri post operasi ORIF pada pasien fraktur di RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso dimana dari 10 responden yang diberikan terapi kompres dingin selama 10 menit didapatkan 8 responden mengalami penurunan skala nyeri dan 2 responden tidak mengalami penurunan skala nyeri dengan nilai rata-rata skala nyeri sebelum pemberian kompres dingin 3,7 dan setelah pemberian kompres dingin menjadi 2,9.
O (Outcome)	Pemberian terapi kompres dingin yang dilakukan selama 3 hari berhasil menurunkan nyeri yang dirasakan oleh pasien fraktur tertutup	pengaruh pemberian kompres dingin terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post operasi fraktur di RS Siloam Sriwijaya Palembang Tahun 2020 maka	Pemebrian kompres dingin pada kondisi fraktur tertutup dapat menurunkan intensitas nyeri. Pada dua responden yang mengalami fraktur tertutup dengan lokasi

		<p>dapat ditarik kesimpulan yaitu ada pengaruh pemberian kompres dingin terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post operasi fraktur di RS Siloam Sriwijaya Palembang Tahun 2020</p>	<p>fraktur di 1/3 femur dextra (1/3 paha kanan atas) dan klavikula dextra (bahu kanan) dengan intensitas nyeri sedang skala 6 setelah di berikan kompres dingin dengan suhu air 13 OC dan dilakukan selama 10-20 menit dapat menurunkan intensitas nyeri menjadi skala 3 (ringan).</p>
--	--	---	--

D. Konsep Asuhan Keperawatan Fraktur

1. pengkajian keperawatan

- a Identitas Pasien Pada identitas pasien yang perlu dikaji yaitu nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, alasan masuk dan diagnosa medis.
 - 1) Kaji riwayat trauma, mengetahui riwayat trauma, karena penampilan luka kadang tidak sesuai dengan parahnya cedera, jika ada saksi seseorang dapat menceritakan kejadiannya sementara petugas melakukan pemeriksaan pasien.
 - 2) Kaji seluruh tubuh dengan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki secara sistematis, inspeksi adanya laserasi bengkak dan deformitas.
 - 3) Kaji kemungkinan adanya fraktur multiple:
 - a) Trauma pada tungkai akibat jatuh dari ketinggian sering disertai dengan trauma pada lumbal.
 - b) Trauma pada lutut saat pasien jatuh dengan posisi duduk dapat disertai dengan trauma panggul
 - c) Trauma lengan sering menyebabkan trauma pada siku sehingga lengan dan siku harus dievakuasi bersamaan.
 - d) Trauma proksimal fibula dan lutut sering menyebabkan trauma pada tungkai bawah.

- e) Kaji adanya nyeri pada area fraktur dan dislokasi .
- 4) Kaji adanya krepitasi pada area fraktur .
- 5) Kaji adanya perdarahan dan syok terutama pada fraktur pelvis dan femur.
- 6) Kaji adanya sindrom kompartemen, fraktur terbuka, tertutup dapat menyebabkan perdarahan atau hematoma pada daerah yang tertutup sehingga menyebabkan penekanan saraf.

Asesmen nyeri dalam (Pinzon, 2016) nyeri Sumber utama perlu atau tidak dilakukannya esesmen adalah dari hasil skrining. Pasien/ keluarga yang melaporkan adanya nyeri perlu mendapatkan esesmen yang sistematis. Esesmen yang sistematis akan menilai berbagai parameter berikut: lokasi nyeri, dampak nyeri pada aktivitas, intensitas nyeri saat istirahat/ aktivitas, obat yang dipakai, faktor- faktor yang memperberat/ memperingan, kualitas nyeri (terbakar atau kencang atau panas atau tersengat listrik), adanya penjaran/ tidak, intensitas nyeri, dan waktu munculnya nyeri.

Isi dari asesmen awal nyeri adalah mencakup hal-hal dibawah ini:

1. Onset (O) Merupakan waktu kapan nyeri mulai dirasakan pasien
2. Paliative/provocating (P) Merupakan informasi tentang penyebab nyeri dan apa yang menyebabkan nyeri semakin berat dirasakan pasien
3. Quality (Q) Merupakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien atau seperti apa (bagaimana) nyeri dirasakan oleh pasien, seperti seperti tertusuk, panas, terbakar, tertindih dan sebagainya.
4. Region/Radiation (R) Merupakan lokasi dimana nyeri dirasakan oleh pasien dan jika terasa menyebar maka ke arah mana penyebaran rasa nyeri itu dirasakan.
5. Severity (S) Merupakan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Biasanya menggunakan skala dan derajat nyeri.
6. Treatment (T) Merupakan informasi tentang proses pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya termasuk hasil pengobatan, efek samping, efektifitas obat dan juga obat-obat analegetik yang saat ini sedang digunakan.

7. Understanding/Impact of you (U) Merupakan informasi tentang pemahaman pasien terhadap rasa nyeri yang dirasakan dan juga seberapa besar rasa nyeri tersebut mempengaruhi aktivitas dan kegiatan pasien.
8. Value (V) Merupakan informasi tentang penilaian pasien terhadap nyeri yang dirasakan, bagaimana harapan pasien tentang nyerinya, hasil yang diharapkan dan juga tentang pentingnya pengurangan rasa nyeri sampai hilang bagi pasien dan keluarganya. Esesmen dilakukan dengan alat ukur yang terstandar dan telah

2. Diagnosis Keperawatan fraktur

Adapun diagnosis keperawatan yang lazim dijumpai pada pasien multiple fraktur adalah sebagai berikut (SDKI, 2016-2017)

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
- 3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- 4) Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
- 5) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.1 perencanaan keperawatan pada pasien fraktur

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan	Tingkat nyeri (L.08066) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan	Manajemen nyeri (SIKI,hal 201) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan

	<p>jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p>	<p>kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun 5) Kesulitan tidur menurun 6) Frekuensi nadi membaik 7) Pola nafas membaik 8) Tekanan darah membaik 9) Fungsi berkemih membaik 10) Nafsu makan membaik 11) Pola tidur membaik 	<p>kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi nyeri pada kualitas hidup 7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
--	---	---	--

			<p>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyer</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<p>Mobilitas fisik (SLKI, hal 65)</p> <p>Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<p>Terapi latihan : ambulasi (SIKI, hal 22)</p> <p>Definisi : Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah</p>

		<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan</p> <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Nyeri menurun 5) Kecemasan menurun 6) Kaku sendi menurun 7) Gerakan terbatas menurun <p>Kelemahan fisik menurun</p>	<p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3) Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2) Anjurkan melakukan ambulasi dini 3) Ajarkan ambulasi sederhana yang
--	--	---	---

			harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
3.	<p>Ansietas</p> <p>Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p>	<p>Tingkat ansietas (L.09093)</p> <p>Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan</p> <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2) Perilaku gelisah menurun 3) Perilaku tegang menurun 	<p>Terapi relaksasi (hal, 436)</p> <p>Definisi : Menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3) identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan

		<p>4) Keluhan pusing menurun</p> <p>5) Pucat menurun</p> <p>6) Konsentrasi membaik</p> <p>7) Pola tidur membaik</p> <p>8) Pola berkemih membaik</p>	<p>teknik sebelumnya</p> <p>4) periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>5) monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p>terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman 2) berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3) gunakan pakaian longgar 4) gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5) gunakan relaksasi strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) jelaskan tujuan, manfaat,
--	--	---	---

			<p>batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Musik, mediasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3) anjurkan mengambil posisi nyaman 4) anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5) anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih (mis, napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
4.	<p>Defisit perawatan diri</p> <p>Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p>	<p>Perawatan diri</p> <p>Definisi : Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan</p> <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 	<p>Manajemen nyeri (SIKI,hal 201)</p> <p>Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik,

		<p>3) Kemampuan makan meningkat</p> <p>4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</p> <p>5) Verbalisasi keinginan perawatan diri meningkat</p> <p>6) Minat melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>7) Mempertahankan perawatan diri meningkat</p> <p>8) Mempertahankan kebersihan meningkat</p>	<p>durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2) Identifikasi skala nyeri</p> <p>3) Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6) Identifikasi nyeri pada kualitas hidup</p> <p>7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</p>
--	--	---	---

			<p>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
5.	<p>Defisit pengetahuan</p> <p>Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu</p>	<p>Tingkat pengetahuan (L.12111)</p> <p>Definisi : Kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan</p>	<p>Edukasi kesehatan</p> <p>Definisi : Mengajarkan pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

		<p>tingkat pengetahuan meningkat dengan</p> <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 8) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun 9) Perilaku membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Hariati et al., 2022). Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan

data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien sebelum dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hariati et al., 2022).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Hariati et al., 2022).

Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
- d. Tanda tangan perawat pelaksana

5. Evaluasi Keperawatan

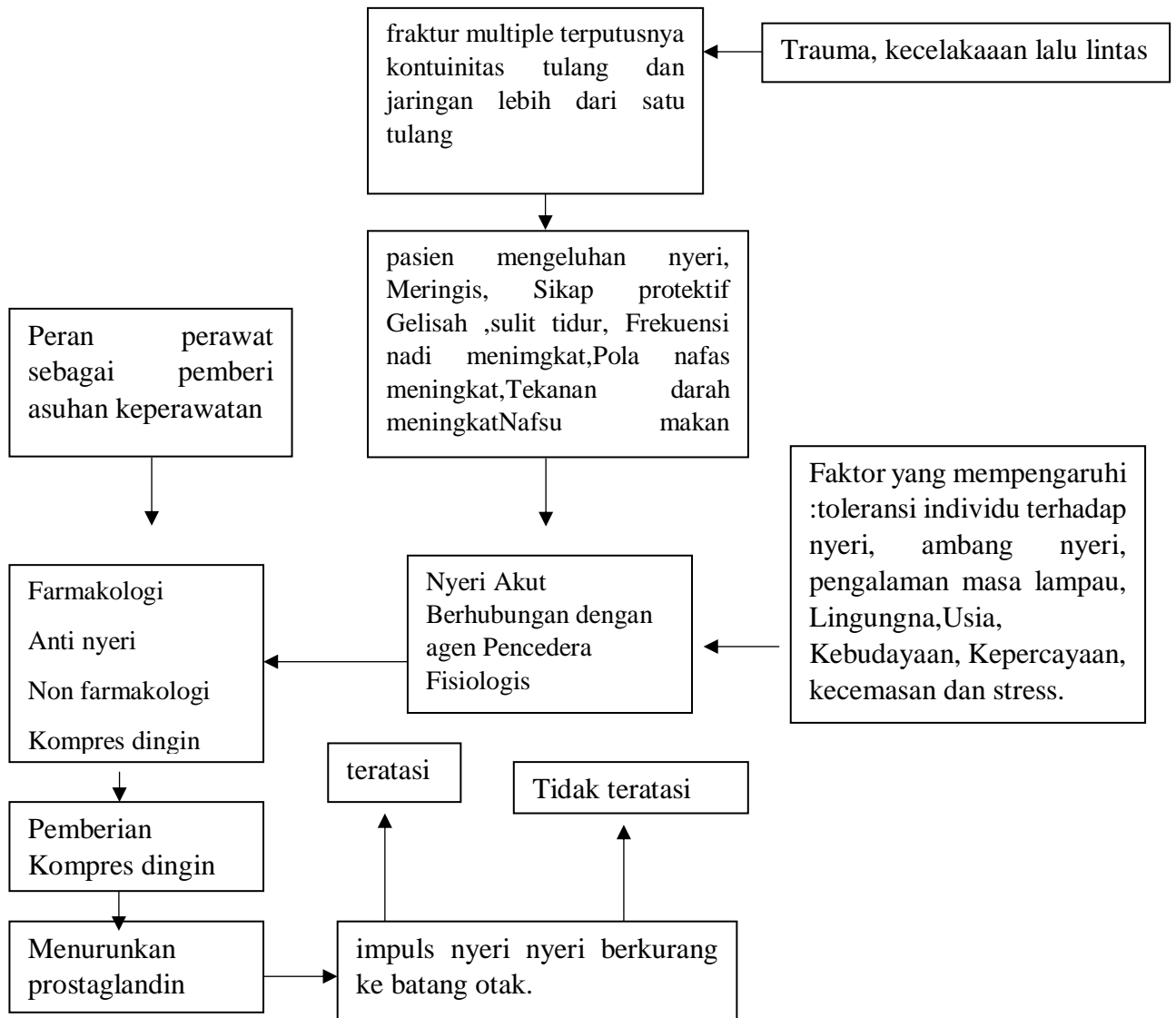
Evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi (Hariati et al., 2022).

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan (Hariati et al., 2022). Evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen yaitu

:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan evaluasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Evaluasi keperawatan

E. Konsep Teori Penerapan Kompres Dingin



Gambar 2.6 Konsep Teori Penerapan Kompres Dingin

BAB III

METODE KARYA TULIS AKHIR

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Karya tulis akhir ini menggunakan jenis rancangan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan metode pendekatan laporan kasus (*case report*). Penelitian deskriptif bertujuan mendeskripsikan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. *Case report* (laporan kasus) merupakan studi kasus yang bertujuan mendeskripsikan manifestasi klinis, perjalanan klinis, dan prognosis kasus. *Case report* mendeskripsikan cara klinis mendiagnosis dan memberi terapi kepada kasus, dan hasil klinis yang diperoleh (Hasnawati et al., 2022). Pada karya tulis akhir ini penulis ingin mengetahui bagaimana penerapan Kompres dingin dalam asuhan keperawatan pada pasien Multiple fraktur di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Waktu dimulainya proses KTA disampaikan mulai dari penentuan kasus peminatan yaitu mulai bulan Mei sampai Juni 2023. Proses penerapan intervensi EBN terapi kompres dingin dilakukan di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang mulai 15 Mei sampai 3 Juni 2023

C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN

Prosedur pemilihan EBN menggunakan metode pencarian artikel yang digunakan dalam Karya Tulis Akhir ini yaitu menggunakan *Google Scholar*. Dengan kriteria pada telusur jurnal yaitu yang telah terindeks nasional dan internasional dalam kurun waktu kurang dari 5 tahun. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian ini yaitu fraktur, Kompres dingin, cool pack multiple fraktur.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam karya tulis akhir ini yaitu seluruh pasien *multiple fraktur* yang dirawat di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan Mei-Juni 2023 sebanyak 4 orang.

2. Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek melalui sampling. Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam 2016). Sampel dalam Karya Tulis Akhir ini adalah pasien dengan *Multiple Fraktur* dengan nyeri di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman saat menentukan kriteria inklusi. Dimana kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) pasien dengan diagnose multiple fraktur di ruangan trauma center RSUP.DR.M Djamil Padang
- 2) pasien yang setelah pengkajian memiliki masalah keperawatan nyeri akut

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai hal sehingga dapat mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) pasien yang memiliki alergi dingin.
- 2) pasien dengan multiple fraktur setelah tidak sadar

pengambilan sampel saat di lahan penelitian yaitu pertama penulis mengambil data dari buku laporan ketua tim di ruang trauma center RSUP DR. M.DJAMIL Padang dengan mengambil pasien yang mengalami fraktur lebih dari satu. Dalam periode 14 Mei - 3 Juni 2023 di dapatkan 4 pasien yang mengalami multiple fraktur. Setelah mendapat data penulis melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami multiple fraktur sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Dan dapat 2 pasien yang terjaring dalam pemenuhan sampel sebagai partisipan dalam penerapan kompres dingin, dan pasien yang lainnya satu pasien pulang sebelum intervensi di laksanakan dan satu pasien juga pulang atas permintaan sendiri.

E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data

Jenis data yang dikumpulkan untuk pembuatan karya tulis ilmiah ini ada dua yaitu data primer dan data sekunder.

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain (Nursalam 2016). Data primer yang dikumpulkan meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokumen yang diperoleh dari suatu lembaga atau orang lain (Nursalam 2016). Data sekunder yang dikumpulkan diperoleh dari rekam medis dan catatan perkembangan pasien meliputi hasil pemeriksaan penunjang dan obat-obatan.

2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam sebuah penelitian (Nursalam 2016). Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan observasi terstruktur. Pengukuran wawancara terstruktur meliputi strategi yang memungkinkan adanya

suatu kontrol dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Daftar pertanyaan biasanya sudah disusun sebelum wawancara dan ditanyakan secara urut. Observasi terstruktur dimana peneliti secara cermat mendefinisikan apa yang akan diobservasi melalui suatu perencanaan yang matang (Nursalam 2016). Wawancara dan observasi yang dilakukan kepada pasien dan keluarga meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tandatanda vital.

Langkah-langkah dalam pengumpulan data pada karya tulis akhir ners ini adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan identifikasi kasus di ruang Truma center RSUP Dr. M. Djamil Padang
- b. Melakukan pendekatan secara informal kepada pasien yang dipilih sebagai responden kasus kelolaan dengan menjelaskan maksud dan tujuan, terapi Kompres dingin, serta memberikan lembar persetujuan (*inform consent*). Jika pasien bersedia untuk diberikan terapi, maka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika pasien menolak untuk diberikan terapi, maka peneliti tidak memaksa dan menghormati haknya.
- c. Pasien yang bersedia untuk diberikan kompres dingin akan dilakukan pengkajian keperawatan dengan cara wawancara dan observasi, biodata, keluhan utama, pemeriksaan fisik, pemeriksaan fisik dan pengkajian skala NRS untuk mengidentifikasi skala nyeri pasien.

3. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada karya tulis akhir ners ini berupa format pengkajian pada asuhan keperawatan untuk memperoleh data biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik, hasil pengkajian skala NRS dan hasil pemberian terapi Kmpres dingin.

F. Teknik Pengumpulan Data

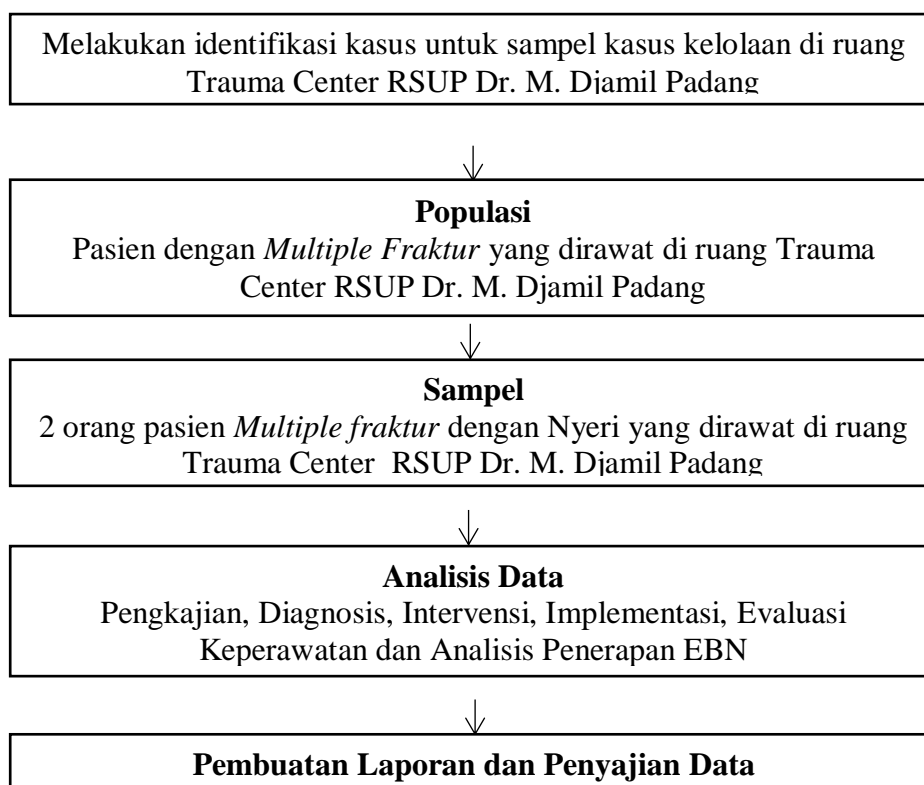
Metode pengumpulan data dapat diartikan sebagai teknik untuk mendapatkan data yang kemudian dianalisis dalam suatu penelitian (Dr. Wawan Kurniawan, 2021). Metode pengumpulan data dari penulisan ini dengan metode wawancara, observasi dan dokumentasi. Metode pelaksanaan dengan pasien dan keluarga untuk mendapatkan data identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan keluarga. Metode observasi dilaksanakan berupa pengamatan secara langsung terhadap pasien mengenai kondisi umum pasien, tanda – tanda vital, dan pengkajian keluhan pasien. Hasil dari penulisan kemudian menutup untuk selanjutnya dapat dianalisis.

G. Instrument Penelitian

Alat dan bahan yang digunakan dalam penulisan ini adalah batu,es kirbat . Selain itu *numeric rating scale pain* juga digunakan sebagai instrumen dalam pelaksanaan penulisan.

H. Prosedur Penelitian

Gambar 3. 1 Prosedur Karya Tulis Akhir



I. Analisis Data

Pengolahan dan analisis data pada karya tulis akhir ners ini menggunakan metode analisis data kualitatif. Analisis data dimulai saat peneliti mengumpulkan data di tempat penelitian sampai semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan mengemukakan fakta dan membandingkan dengan teori yang ada kemudian dituangkan dalam bentuk opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan adalah teknik analisis naratif dengan cara menguraikan jawaban-jawaban dan hasil pengamatan yang diperoleh dari hasil studi dokumentasi secara mendalam sebagai jawaban dari rumusan masalah (Nursalam 2016). Berikut ini merupakan urutan dalam analisis pada karya ilmiah akhir ners ini meliputi:

1. Reduksi data

Data hasil wawancara dan observasi yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan disajikan dalam satu transkrip dan dikelompokkan menjadi data-data sesuai dengan yang diperlukan untuk menjawab tujuan penelitian.

2. Penyajian data

Penyajian data disesuaikan dengan rancangan penelitian yang sudah dipilih yaitu rancangan penelitian deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Data disajikan secara terstruktur atau narasi dan dapat disertakan dengan ungkapan verbal dari subjek penelitian sebagai data pendukung.

3. Kesimpulan

Langkah setelah data disajikan yaitu pembahasan dan membandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan teori secara teoritis dengan perilaku kesehatan, kemudian ditarik kesimpulan dengan metode induksi yang diurutkan sesuai proses keperawatan dan terapi inovasi meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, hasil analisis pemberian terapi inovasi.

4. Reduksi data

Data hasil wawancara dan observasi yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan disajikan dalam satu transkrip dan dikelompokkan menjadi data-data sesuai dengan yang diperlukan untuk menjawab tujuan penelitian.

5. Penyajian data

Penyajian data disesuaikan dengan rancangan penelitian yang sudah dipilih yaitu rancangan penelitian deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Data disajikan secara terstruktur atau narasi dan dapat disertakan dengan ungkapan verbal dari subjek penelitian sebagai data pendukung.

6. Kesimpulan

Langkah setelah data disajikan yaitu pembahasan dan membandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan teori secara teoritis dengan perilaku kesehatan, kemudian ditarik kesimpulan dengan metode induksi yang diurutkan sesuai proses keperawatan dan terapi inovasi meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, hasil analisis pemberian terapi inovasi.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus untuk mengurangi nyeri dengan kompres dingin melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. M dan Tn.I mulai tanggal 15 Mei – 3 Juni 2023 di ruang Trauma Center RSUP DR.M. Djamil Padang. Kesadaran pasien multiple fraktur dan bersedia menjadi responden. pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan *allo anamnesa* (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dimulai pada tanggal 16 Mei 2023 pukul 13.35 WIB pada partisipan Ny M berumur 52 tahun dengan diagnosa medis AO classification 4F2B, close fraktur of right tibia segmented AO Clasification 4C2C, close fraktur of 1/3 medial clavícula alman group type 1, close fraktur of left midshaft humerus AO classification 12A1. Partisipan 2 dilakukan pengkajian pada tanggal 26 Mei 2023 pukul 14.45 WIB bernama Tn. I berumur 46 tahun dengan diagnosa medi multiple fraktur (close fraktur of left humerus, open fraktur of left radius ulna). Hasil pengkajian didapatkan penulis melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi pada kedua partisipan dituangkan pada tabel 4.1 sebagai berikut.

Tabel 4.1 Hasil Pengkajian Keperawatan

PENGGKAJIAN	PASIEN 1	PASIEN 2
IDENTITAS PASIEN	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang perempuan , Ny. M (Ibu Rumah Tangga) dengan umur 59 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SMA,	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang laki-laki, Tn.I (Petani) dengan umur 46 tahun, menikah, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, nomor MR

	<p>nomor MR 01.17.56.63 dengan diagnosa medis. Multiple fraktur (close fraktur of right segment AO classification 4F2B, close fraktur of right tibia segmented AO Clasification 4C2C, close fraktur of 1/3 medial clavícula alman group type 1, close fraktur of left midshaft humerus AO classification 12A1</p>	<p>01.17.61.18 dengan diagnosa medis multiple fraktur (close fraktur of left humerus, open fraktur of left radius ulna)</p>
DIAGNOSA MEDIS	<p>Multiple fraktur (close fraktur of right segment AO classification 4F2B, close fraktur of right tibia segmented AO Clasification 4C2C, close fraktur of 1/3 medial clavícula alman group type 1, close fraktur of left midshaft humerus AO classification 12A1)</p>	<p>multiple fraktur (close fraktur of left humerus, open fraktur of left radius ulna)</p>
ALASAN MASUK	<p>pasien masuk ruangan dengan keluhan nyeri pada bahu kiri lengan atas dan tungkai bawah kanan. Sebelumnya pasien post trauma kecelakaan awalnya pasien hendak menyebrang hendak membeli sarapan lalu tiba tiba datang motor dengan kecepatan tinggi lalu menabrak pasien dari arah kanan dan pasien terhempas ke aspal, keluarga mengatakan saat kejadian pasien tidak sadar keluar darah dari hidung dan ada muntah saat di rumah sakit pasaman. Pasien masuk ruangan trauma center akan di lakukan tindakan medis pemasangan ORIF dan</p>	<p>pasien masuk dengan keluhan awal nyeri pada lengan kiri, awalnya pasien bekerja dengan mesin gilingan padi dan ada tali yang masuk lalu pasien spontan mengambil talinamun malah ikut tertarik ke dalam mesin gilingan padi, setelah di angkat tangan kiri pasien tidak bisa di gerakkan dan nyeri.</p>
RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG	<p>wawancara dengan pasien pada tanggal 16 Mei 2023</p>	<p>wawancara tanggal 26 mei 2023</p>

	saat ini mengeluh nyeri pada Pundak kiri, tangan kiri, dan pada tungkai kanan. Pasien terpasang transocrap pada humerus tangan kiri dan pada tungkai kanan. Hasil pengukuran skala nyeri 6	pasien masuk ruangan trauma center dengan keluhan nyeri pada lengan tangan kiri akibat patah tulang humerus dan radius ulna terbuka.
RIWAYAT PENYAKIT DAHULU	Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien ada mengidap penyakit diabetes mellitus)	pasien mengatakan tidak ada mengalami sakit ataupun di rawat di rumah sakit sebelumnya dan pasien mengaakan tidak ada menderita hipertensi dan diabetes mellitus
RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA	keluarga mengatakan bahwa tidak ada menderita penyakit hipertensi, diabetes mellitus	keluarga mengatakan tidak ada mengidap penyakit diabetes mellitus atau puan hipertensi pada keluaraganya.
PEMERIKSAAN FISIK	TTV TD 140/70 mmHg RR 25 X /menit S 36,3 °C	TTV TD 135/80 mmHg RR 22 X /menit S 36,7 °C
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala dan leher kepala terdapat lecet pada pelipis kanan konjungtiva tidak anemis, muka tampak meringis, hidung simetris kiri kanan, telinga pendengaran tidak ada masalah pada leher tidak ada tanda fraktur servikal 2. Dada I: simetris kiri dan kanan dengan tidak ada otot bantu dada dalam bernafas. P: pergerakan dinding dada sama kiri kanan P : bunyi sonor A: suara nafas normal 3. Jantung I: iktus kordis tidak terlihat P: Iktus Kordis tidak teraba 	<ol style="list-style-type: none"> 1. kepala dan leher pada kepala terdapat lecet pada pipi sebelah kiri yang sudah mengering, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pernafasan cuping hidung , pada leher tidak ada tanda- tanda fraktur servikal. 2. Dada I : simetris kiri dan kanan dengan tidak ada otot bantu dada dalam bernafas P : pergerakan dinding dada sama kiri dan kanan P : terdengar sonor pada semua permukaan rongga dada A : suara nafas normal 3. jantung I: iktus kordis tidak terlihat P: Iktus Kordis tidak teraba A : tidak ada suara murmur

	<p>A : tidak ada suara murmur</p> <p>4. Abdomen I: bentuk datar A: bising usus normal P : tidak teraba pembesaran hepar P : Timpani</p> <p>5. Ekstremitas pada ekstremitas atas kanan normal, ekstremitas kiri terbalut transocrap dari lengan bawah sampai ke lengan atas pergerakan terbatas, CRT < detik pada ekstremitas bawah kanan terpasang transocrap pada tungkai pada ekstremitas bawah kiri normal.</p>	<p>4. Abdomen I: bentuk datar A: bising usus normal P : tidak teraba pembesaran hepar P : Timpani</p> <p>5. Ekstremitas Pada ekstremitas atas kanan terdapat jejas dan tampak sudah di jahit ada nyeri tekan dan pergerakan pada ekstremitas kiri terbatas. pada ekstremitas kanan normal, CRT < 2 detik pada ekstremitas bawah dalam keadaan normal dan CRT < 2 detik.</p>
Pola Nutrisi	<p>saat sehat pasien mengatakan biasanya kalau di rumah makan 3 kali sehari dan habis.</p> <p>saat sakit pasien makan 3 kali sehari habis seperempat porsi makanan, pasien mengatakan porsi tidak habis tidak selaaera makan skit nyeri. pasien mengatakan tidak ada penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir.</p>	<p>saat sehat pasien makan 3 kali sehari dan saat sakit pasien makan 3 kali sehari habis makanan nasi biasa pasien mengatakan dalam 3 bulan terakhir tidak ada penurunan berat badan</p>
pola aktivitas	<p>pasien mengatakan untuk bergerak pasien di bantu keluarga kalau bergeerak nyeridan cemas dengan kondisinya</p>	<p>pasien mengatakan untuk beraktivitas di tempat tidur saja dan untuk duduk belum bisa karena takut dengan kondisinya tulang bergeser</p>
Pola Eliminasi	<p>BAK Pasien mengatakan ia selama sehat 5x bak dalam sehari warna bening.</p> <p>BAB pasien mengatakan ia bab biasanya 1 kali sehari dengan warna kuning.</p>	<p>BAK pasien mengatakan baka saat sehat ada 6 kali sehari warna bening kadang kekuningan</p> <p>BAB Pasien mengatakan bab 1 kali sehari dan warnanya kekuningan.</p>
Pola istirahat	<p>pasien mengatakan selama ia sakit tidurnya malanya</p>	<p>pasien mengatakan saat sakit ia tidur 5 jam dan terbangun karna nyeri saat</p>

	hanya 4 jam karna nyeri pada clavikula	bergerak pada tangan kirinya.
pengkajian nyeri	pasien tampak meringis dan gelisah dan focus pasien kurang saat di lakukan pengkajian. P: Multiple fraktur Q: rasa di sayat-sayat R: dada kiri atas clavikula dan kaki kanan bagian tungkai S : 6 T: hilang timbul	Pasien tampak merungis dan gelisah sambil menutup mata. P : Multiple fraktur Q: nyeri rasa menusuk R : pada humerus dan radius ulna tangan sebelah kiri S :5 T: hilang timbul
PEMERIKSAAN PENUNJANG	pemeriksaan labiratorium tanggal 15 mei 2023 Hemoglobin 12 g/dl (12-14),leukosit $7,77 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ (5.0-10), Trombosit $238 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ (150-400),Hematokrit 33 % (37-43), Eritrosit $3,54 \cdot 10^6/\text{uL}$ (4-4.50), hasil rontgen fraktur humerus kiri fraktur clavikula kiri fraktur tibia kanan	Pemeriksaan laboratorium tanggal 26 mei 2023 Hb 12,8 g/dL (13,0-16,0), leukosit $27,10 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ (5,0-10,0), hematokrit 38% (40,0-48,0), hasil rontgen fraktur humerus kiri fraktur radius ulna kiri
PROGRAM TERAPI DOKTER	IUVD Tutosol 20 tpm Injeksi ranitidine 2x50 mg ketorolac 3x 30 mg cefriaxon 2x 1 amp	IUVD RL 500CC/jam injeksi cefriaxon 2x1 gr kterolac 3x30mg ranitidine 2x50mg

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data yang didapatkan berupa data subjektif dan data objektif. Berikut ini diagnosa keperawatan yang ditegakkan perawat ruangan berdasarkan studi dokumentasi dan hasil observasi beserta wawancara adalah sebagai berikut.

Tabel 4. 2Diagnosa Keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Diagnosa Dokumentasi Keperawatan Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedara fisiologis</p> <p>a. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedara fisiologis</p> <p>Diagnosa berdasarkan hasil observasi dan wawancara DS : Pasien menatakan nyeri pada bahu tangan kiri dan tungkai pada kaki kanan, keluarga mengatakan pasien korban tabarakan saat kejadian pasien tidak sadarkan diri keluar darah pada telinga</p> <p>DO : Pasien tampak meringis, Pasien tampak kurang focus saat pengkajian terdapat fraktur tertutup transicrab lengan kiri atas dan pada tungkai kanan bawah ,Skala nyeri 6,Td 140/70 mmHg,RR 25 X /menit,S 36,3 °C</p>	<p>Diagnosa Dokumentasi Keperawatan</p> <p>a. Nyeri Akut Bd Agen Pencedara fisiologis</p> <p>Diagnosa berdasarkan hasil observasi dan wawancara</p> <p>a. Nyeri Akut Bd Agen Pencedara fisiologis</p> <p>DS : Pasien megatakan nyeri pada tangan kirinya</p> <p>keluarga mengatakan seblumnya pasien masuk ke mesin gilingan padi ada mengambil tali dan tanganya masuk saat di keluarkan nyeri dan tangan tidak bisa di gerakakn</p> <p>DO :Pasien tampak meringis sambal memjamkan mata</p> <p>tampak ada luka jahitan pada radus ulna daan pada lengan atas terpasang transocrab</p> <p>skala nyeri 5,TD 135/80 mmHg RR 22 X /menit, S 36,7 °C</p>

3.Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua partisipan mengacu pada SLKI dan SIKI. Berdasarkan hasil studi dokumentasi partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

Tabel 4. 1 Rencana Keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Gelisah membaik Kesulitan tidur menurun Frekuensi nadi membaik Pola nafas membaik Tekanan darah membaik Nafsu makan membaik Pola tidur membaik <p>SIKI :Manajemen Nyeri: Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Terapeutik Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi,tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan , kebisingan) Edukasi a.Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <i>Kolaborasi</i> 	<p>a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Keluhan nyeri menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> Meringis menurun Gelisah membaik Kesulitan tidur menurun Frekuensi nadi membaik Pola nafas membaik Tekanan darah membaik Nafsu makan membaik Pola tidur membaik <p>SIKI :Manajemen Nyeri: Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Terapeutik. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi,tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan , kebisingan) Edukasi a.Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <i>Kolaborasi</i>

Kolaborasi pemberian analgetik , jika perlu	Kolaborasi pemberian analgetik , jika perlu
--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan berdasarkan hasil dokumentasi, wawancara, serta observasi partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

Tabel 4. 2 Implementasi Keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 17-19 Mei 2023 untuk diagnosa keperawatan</p> <p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p> <ul style="list-style-type: none"> a Mengidentifikasi skala nyeri pada hari pertama skala nyeri 6,pada hari ke dua skala nyeri 4 dan pada hari ke tiga skala nyeri b Memberikan terapi non farmakologis kompres dingin pada daerah yang nyeri pada clavikula dan humerus pada jam 8 di berikan selama 10 menit dengan jeda c Memberikan obat injeksi,cefriaxon1x1 gram, ketrolac 1x 30 mg,1x 50 mg 	<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 28-30 mei 2023 untuk diagnose keperawatan.</p> <p>2023 untuk diagnosa keperawatan</p> <p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p> <ul style="list-style-type: none"> a Mengidentifikasi skala nyeri dengan Numeric rating scale, pada hari pertama skala nyeri 5 pada hari ke dua skal b Memberikan terapi non farmakilogis kompres dingin di humerus dan radius ulna pada jam 8 di berikan selam 10 menit dengan jeda . c Memberikan obat farmakologi sesuai order injeksi cefiaxon 1x 30 mg,ketorolac 1x 30m, ranitidine 1x 50 mg. d Melakukan penggantian perban pada radius ulna

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

Tabel 4. 3 Evaluasi keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>a Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny M pada hari ke-3 dengan diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan hasil,subjektif Pasien masih mengeluhkan nyeri pada bagian bekas operasi Humerus tungkai dan Pada bahu kiri. pasien objektif skala nyeri 3 dengan tingkat nyeri ringan dengan skala Numeric rating scale (NRS) TD = 130/70 mmHg, N 94 s 36 derajat celcius, pada nyeri akut belum teratasi dengan intervensi di lanjutkan dengan manajemen nyeri.</p>	<p>a Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. I pada hari ke-3 dengan diagnosa keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, di dapatkan hasil, subjektif pasien masih mengeluhkan nyeri pada humerus dan radius ulna dengan pasien skala nyeri 2 dengan tingkat nyeri ringan pasien masih tampak meringis saat menggerakkan tangan kiri. Objektif skala nyeri 2 numeric rating scale (NRS) klien tamopak lebih tenang masalah belum teratasi intrvensi di lanjutkan dengan manajemen nyeri.</p>

6. Hasil Penerapan Kompres Dingin

Tabel 4.6

Hasil Skala Nyeri Pre dan Post Pemberian Terapi Kompres Dingin

Responden	Hari Pertama		Hari Kedua		Hari ketiga	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Responden1	6	4	4	3	3	3
Responden2	5	4	4	3	3	2

Berdasarkan pada tabel 4.6 didapatkan data hasil studi kasus yang menunjukkan nilai skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian terapi

kompres dingin. Subjek studi kasus 1, hari pertama sebelum dan sesudah pemberian terapi kompres dingin skala nyeri ada perubahan dari skala 6 menjadi skala 4 (nyeri sedang). Pada hari kedua sebelum diberikan terapi kompres dingin, skala nyeri pasien 4, tetapi setelah diberikan terapi kompres dingin skala nyeri menurun menjadi 3 (nyeri sedang) dan pada hari ketiga sebelum diberikan terapi kompres dingin, skala nyeri pasien 3, tetapi setelah diberikan terapi kompres dingin skala nyeri masih 3 (nyeri ringan). Sedangkan pada subjek studi kasus 2, hari pertama sebelum diberikan terapi kompres dingin skala nyeri yaitu 5 (nyeri sedang), tetapi setelah diberikan terapi kompres dingin skala nyeri menurun menjadi skala 4. Kemudian pada hari kedua dan ketiga sebelum pemberian terapi kompres dingin skala nyeri yaitu 3 dan setelah pemberian terapi kompres dingin skala nyeri menurun menjadi 2 (nyeri ringan).

Evaluasi pada studi kasus ini yaitu dapat dianalisis bahwa masalah keperawatan yang dialami oleh kedua subjek studi kasus yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik belum teratasi, sebagai bukti bahwa rata-rata skala nyeri pada kedua subjek studi kasus mengalami penurunan setelah diberikan terapi kompres dingin. Subjek studi kasus 1 mengalami penurunan skala nyeri sebesar 3 skala dan subjek studi kasus 2 mengalami penurunan sebesar 3 skala nyeri.

B. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan medikal bedah yang dilakukan pada partisipan 1 (Ny.M) dan partisipan 2 (Tn. I) dengan kasus *Multiple Fraktur* di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang. Penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus. Penulis juga membahas kesulitan yang ditemukan, keterbatasan serta rencana tindak lanjut pada partisipan 1 (Ny M) dan partisipan 2 (Tn. I) dengan kasus *Multiple Fraktur*. Di dalam menyusun asuhan keperawatan penulis melakukan pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan,

melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan serta penerapan EBN dengan uraian sebagai berikut

1. Pengkajian

Subjek studi kasus berada di usia diatas 40 tahun. ini sesuai dengan penelitian yang pernah di lakukan oleh (Yugiana & Martini, 2021) mayoritas pasien fraktur dalam rentang umur 20 – 60 tahun. Dan rata-rata pasien fraktur mengalami insiden di jalan raya, di ikuti insiden di rumah dan di ahir tempat kerja.

Berdasarkan jenis kelamin, subjek pada studi kasus berjenis kelamin laki-laki dan perempuan berjumlah 1 orang. Hal ini belum berhasil menunjukkan data yang sesuai dengan epidemiologi yang menyatakan bahwa jumlah pendertita lebih banyak terjadi pada laki-laki. sedangkan jenis fraktur yang terbanyak menurut penelitian yang di lakukan oleh fraktur tertutup di ikuti oleh multiple fraktur, dan di ikuti oleh fraktur terbuka. (Rozi et al., 2021). hal ini menunjukkan bahawa fraktur multiple akan memiliki masalah yang kompleks.

Pada responden satu pasien mengalami multiple fraktur pada bagian clavikula kiri humerus kiri dan fibula kanan. asien fraktur. klavikula periode 2013-2017 di RSUP Sanglah, penyebab terbanyak fraktur klavikula adalah kecelakaan lalu lintas dengan persentase 71%. Frekuensi terkecil penyebab fraktur klavikula adalah karena terpukul dan atau tertimpa beban berat yaitu dengan persentase 1,3% (Ramanda et al., 2021). ini sesuai dengan yang terjadi pada responden yang dimana pasien tertabrak atau yang di sebabkan oleh kecelakaan lalu lintas, selanjutnya responden mengalami fraktur humerus Pada penelitian ini, pasien berjenis kelamin perempuan dimana ditemukan pada penelitian terdahulu lebih banyak sampel memiliki jenis kelamin wanita dengan jumlah 14 (51,9%) dibanding jenis kelamin laki-laki yang berjumlah 13 (48,1%) (Sari & Asmara, 2020). pasien juga mengalami fraktur pada fibula kanan, ini tidak sesuai dengan peneliti terdahunya dimana dalam deskripsinya fraktur tibia paling banyak dan di ikuti oleh fraktur fibula.

Pada responden dua pasien mengalami multiple fraktur pada humerus dan radius ulna kiri. Pada kasus ini sesuai dengan epidemiologi bahwa fraktur radius distal banyak terdapat pada laki-laki di banding perempuan. Trauma energi rendah adalah penyebab paling umum dari patah tulang pada orang tua, khususnya jatuh dari ketinggian berdiri ke tangan terentang. Banyak DRF terjadi ketika seseorang mencoba untuk menghindari jatuh dengan meletakkan tangan terlebih dahulu (Dharmapala et al., 2022).pasien juga mengalami fraktur humerus, pada fraktur humerus pada kasues ini tidak sesuai dengan epidemiaologi yang mengatakan bahawa fraktur humerus terjadi lebih banyak pada wanita sedangkan pada wanita.(Susihar et al., 2019)

2. Diagnosis Keperawatan

Pada pasien multiple fraktur umumnya pasien mengeluhkan nyeri pada bagian yang mengalami fraktur karena terputusnya kontinuitas jaringan dan tulang sehingga impuls saraf akan mentransmisikan ke otak untuk nyeri, selain nyeri gangguan mobilitas juga menjadi masalah keperawatan pada studi kasus ini karena ke dua responden mengeluhkan sulit untuk mobilitas karena terputusnya kontinuitas pada lebih pada satu tempat, masalah pada pada studi kasus ini pasien juga mengalami ansietas karena pasien juga mengalami peningkatan tekanan darah pucat dan terlihat gelisah.(PPNI, 2016).

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluhan nyeri menurun. Yaitu dengan manajemen nyeri dengan melakukan kompres dingin sebagai tindakan untuk mengurangi nyeri.

4. Implementasi Evaluasi

a. Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 (Ny.M) dan pasien 2 (Tn.i) selama 3 hari perawatan akan dijabarkan sebagai berikut.

Pada pasien 1 (Tn.R) pada hari pertama dilakukan menanyakan pada pasien faktor pencetus dan pereda nyeri, mengukur skala nyeri pasien, melihat kemampuan pasien dalam beraktivitas, menanyakan pada pasien tentang perawatan diri, dan menanyakan pada pasien tentang kecemasan terhadap kondisinya saat ini. Memberi injeksi obat melalui IV sesuai resep dokter, dan memastikan pagar tempat tidur terpasang. Pada hari kedua tindakan yang dilakukan yaitu menanyakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien, menanyakan skala nyeri yang dirasakan pasien, mengajarkan pasien cara untuk menghilangkan nyeri dengan terapi kompres dingin, mengajarkan pasien melakukan mobilisasi dini, menganjurkan pasien melakukan perawatan diri sesuai dengan kemampuan, dan memberikan injeksi obat.

Pada hari ketiga menanyakan kualitas nyeri yang dirasakan, mengukur skala nyeri pasien, melihat tingkat kemandirian pasien, menganjurkan pasien memanggil perawat jika membutuhkan bantuan

b. Evaluasi

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Setelah dilakukan penatalaksanaan nyeri, pada pasien 1 penurunan skala nyeri dan peningkatan rasa nyaman terjadi secara bertahap mulai dari hari pertama dengan skala nyeri 6 hingga pada hari ketiga skala nyeri berkurang hingga skala 3 dan pada pasien 2 skala nyeri berkurang mulai dari hari pertama dengan skala nyeri 5 hingga hari terakhir skala nyeri berkurang hingga skala 3. Kolaborasi pemberian analgetik dan pengaruh terapi Kompres dingin terhadap penurunan tingkat nyeri, yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pada pemberian analgetik dan terapi Kompres dingin terhadap penurunan persepsi nyeri. Berdasarkan teori dan penelitian terkait penulis beramsumsi bahwa selain penatalaksanaan farmakologis, penatalaksanaan nyeri dengan terapi Kompres dingin dapat berpengaruh signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri dari skala

nyeri sedang menjadi ringan, pasien merasa rileks dengan kegiatan tersebut dan mampu mengurangi nyeri yang dirasakan.

5. Analisis Penerapan kompres dingin

Secara umum, laki-laki dan perempuan tidak berbeda secara bermakna dalam berespon nyeri. Di ragukan apakah hanya jenis kelamin yang mempengaruhi nyeri. beberapa kebudayaan mempengaruhi jenis kelamin dalam memaknai nyeri (misal anak laki-laki harus berani, dan tidak boleh menangis ,sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama) (Potter & Perry, 2013).

Menurut Angriani, perbedaan jenis kelamin yang menunjukkan bahwa wanita lebih nyeri dari pada laki-laki dapat di pengaruhi oleh beberapa hal yaitu laki-laki memiliki sensitifitas yang lebih rendah di banding perempuan.

Salah satu manifestasi klinis dari fraktur adalah nyeri akut.baik fraktur terbuka maupun tertutup akan mengenai serabut syaraf yang menimbulkan gangguan rasa nyaman. nyeri merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan yang sering sekali di alami oleh individu yang di defenisikan dalam berbagai perspektif (Andarmoyo, 2013).

Kompres adalah metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan dingin pada bagian tubuh yang memerlukan. Pemberian kompres dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Agar efektif kompres dingin dapat diletakkan pada tempat cedera segera setelah cedera terjadi (Andarmoyo, 2013).

Penurunan intensitas nyeri yang dirasakan ke dua pasien sejalan dengan teori Price & Wilson, yaitu terapi dingin tidak hanya dapat mengurangi spasme otot tetapi juga bisa menimbulkan efek analgetik yang memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang

mencapai otak lebih sedikit. Oleh karena itu, nyeri yang dirasakan akan berkurang. Kerusakan jaringan karena trauma baik trauma pembedahan atau trauma lainnya menyebabkan sintesa prostaglandin, dimana prostaglandin inilah yang akan menyebabkan sensitisasi dari reseptor-reseptor nosiseptif K dan dikeluarkannya zat-zat mediator nyeri seperti histamin dan serotonin yang akan menimbulkan sensasi nyeri. Nyeri pembedahan sedikitnya mengalami dua perubahan, pertama akibat pembedahan itu sendiri yang menyebabkan rangsangan nosiseptif dan yang kedua setelah proses pembedahan terjadi respon inflamasi pada daerah sekitar operasi, dimana terjadi pelepasan zat-zat kimia (prostaglandin, histamin, serotonin, bradikinin, substansi P, dan leukoterin) oleh jaringan yang rusak dan sel-sel inflamasi. Zat-zat kimia yang dilepaskan inilah yang berperan pada proses transduksi dari nyeri (Afandi & Rejeki, 2022).

Hasil pada laporan kasus ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryani, 2020, dimana dalam penelitiannya yang dilakukan selama 3 hari kompres dingin berhasil menurunkan tingkat nyeri pada pasien fraktur tertutup dari skala sedang menjadi ringan. Hasil ini dapat digunakan perawat dalam melakukan intervensi mandiri nonfarmakologis kompres dingin dalam mengatasi nyeri pada pasien fraktur multiple.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan Kompres dingin dalam asuhan keperawatan pada pasien multiple fraktur di ruangan trauma center irna bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang pada tahun 2023, peneliti mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien tampak meringis, pasien mengatakan merasa nyeri pada bagian yang patah, pasien mengatakan nyeri bertambah saat kaki digerakkan, nyeri terasa ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 6, nyeri yang dirasakan hilang timbul. Kedua pasien kesulitan untuk menggerakkan ekstremitas, kedua pasien kesulitan untuk merawat diri.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua pasien tersebut yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
3. Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh penulis, baik intervensi yang dilakukan mengidentifikasi skala nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis. Hal ini bertujuan untuk mengatasi masalah nyeri.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus seperti mengidentifikasi pencetus nyeri, mengidentifikasi kemandirian pasien, membantu perawatan diri pasien. Dalam proses implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana yang dibuat dengan implementasi yang dilakukan.
5. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua kasus dilakukan selama 3 hari perawatan oleh penulis. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada pasien 1 menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang dialami pasien 1 belum teratasi yang dapat dilihat dari menurunnya skala nyeri dimana dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 3 dan pasien sudah bisa beraktivitas secara mandiri yang sebelumnya tidak bisa duduk menjadi bisa duduk, tidak ada tanda-tanda infeksi pada pasien. Hasil

evaluasi keperawatan pada pasien 2 menunjukkan perkembangan kesehatan dan masalah keperawatan yang teratasi, yang dapat dilihat dari penurunan skala nyeri dari skala 5 turun menjadi skala 2 setelah 3 hari intervensi dan menunjukkan perkembangan aktivitas secara mandiri dilihat dari pasien sudah aktif merubah rubah posisinya, tidak ada tanda-tanda infeksi, pasien meningkat dalam perawatan diri.

B. Saran

1. Bagi subyek penelitian

Bagi pasien yang mengalami patah tulang dan, dapat menggunakan tindakan-tindakan keperawatan berupa terapi Kompres dingin secara mandiri sehingga nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

2. Bagi rumah sakit

Untuk meningkatkan pelayanan bagi rumah sakit khususnya bagi pasien yang mengalami patah tulang berupa asuhan keperawatan yang tepat dengan cara melakukan pengumpulan data terlebih dahulu. Data merupakan hasil pengukuran, observasi, atau wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek studi kasus kemudian melakukan pengkajia, menentukan diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan untuk kesempurnaan penelitian lebih lanjut, melakukan asuhan keperawatan baik pengkajian, perumusan diagnosa, penyusunan rencana keperawatan, pemberian tindakan keperawatan, dan evaluasi dilakukan dengan tepat dan berkesinambungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afandi, H., & Rejeki, S. (2022). Metode Pemberian Cold Pack Untuk Menurunkan Tingkat Nyeri Pada Pasien Fraktur. *Ners Muda*, 3(3). <https://doi.org/10.26714/nm.v3i3.9405>
- Andarmoyo, S. (2013a). *Konsep & Proses Keperawatan Nyeri* (1st ed.). AR-RUZZ MEDIA.
- Andarmoyo, S. (2013b). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri. In *Nyeri* (p. 128). <https://dspace.umkt.ac.id>
- Anugerah, A. P., Purwandari, R., & Hakam, M. (2017). Pengaruh Terapi Kompres Dingin Terhadap Nyeri Post Operasi ORIF (Open Reduction Internal Fixation) pada Pasien Fraktur di RSD Dr . H . Koesnadi Bondowoso Pain in Patients ORIF Fracture in RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 5(2), 247–252. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/5771/4283>
- Badan Pusat Statistik. (n.d.). Retrieved May 28, 2023, from <https://www.bps.go.id/indicator/17/513/1/jumlah-kecelakaan-korban-mati-luka-berat-luka-ringan-dan-kerugian-materi.html>
- Bina, S., Palembang, H., Studi, P., & Keperawatan, I. (2018). *Volume 8 , Juni 2018 Mujahidin¹ , Repiska Palasa² , Sanita Rahma Nur Utami³ PENGARUH KOMBINASI KOMPRES DINGIN DAN RELAKSASI NAFAS DALAM KABUPATEN PROVINSI SUMATERA SELATAN TAHUN 2017 Mujahidin¹ , Repiska Palasa² , Sanita Rahma Nur Utami³ Volume 8 , Juni. 8, 37–50.*
- Dharmapala, E., Gusti, P. I., & Mirah, A. (2022). Distal Radius Akibat Trauma Energi Rendah. *Ganesha Medicina Journal*, 2(1), 57–65.
- Dr. Wawan Kurniawan, S. K. M. M. K. A. A. S. K. M. M. K. M. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Keperawatan ; Buku Lovrinz Publishing*. LovRinz Publishing.
- Fatimah, A. D. (2022). Manajemen anestesi pada fraktur multiple os femur dan os tibia: Sebuah laporan kasus. *SEHATI: Jurnal Kesehatan*, 2(1), 1–6. <https://doi.org/10.52364/sehati.v2i1.13>
- Hardianto, T., Ayubbana, S., Inayati, A., Dharma, A., & Metro, W. (2021). PENERAPAN KOMPRES DINGIN TERHADAP SKALA NYERI PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(4), 590–594. <https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/385>
- Hariati, Ningsih, O. S., Solehudin, Faizah, A., Sari, S. M., Achmad, V. S., Sugiharno, R. T., Utama, Y. A., Wasilah, H., Tondok, S. B., & Others. (2022). *Keperawatan Medikal Bedah*. Get Press.
- Hasnawati, Dewi, C., Windasari, D. P., Syam, D. A., Rachman, I., & Syatriani, D. S. (2022). *Epidemiologi di Berbagai Aspek*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Hermanto, R., Isro'in, L., & Nurhidayat, S. (2020). STUDI KASUS : UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR FEMUR. *Health Sciences Journal*, 4(1), 111. <https://studentjournal.umpo.ac.id/index.php/HSJ/article/view/90>
- Hidayat, M. (n.d.). *Buku Ajar Internal Fixation Pada Fraktur Peri dan Intraartikular Ekstremita... - Google Books*. Retrieved May 14, 2023, from https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Internal_Fixation_Pada_Fraktur/1OmCEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=FRAKTUR&pg=PA41&pr

intsec=frontcover

- Kuncoro, J. (2022). *Buku Ajar Blok Muskuloskeletal - Aspek Ortopedi*. https://www.google.co.id/books/edition/BUKU_AJAR_BLOK_MUSKULO_SKELETAL_ASPEK_ORT/MBVZEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1
- Pinzon, R. T. (2016). *Pengkajian nyeri komprehensif*.
- Poter, & Pery. (2013). *Fundamental Keperawatan*. In *poter pery* (7th ed.). PPNI. (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia*.
- Ramanda, M., Pramana, B., Karna, M. B., Lanang, I. G., Agung, N., Wiguna, A., Orthopaedi, B., Kedokteran, F., & Udayana, U. (2021). GAMBARAN KARAKTERISTIK FRAKTUR EKSTREMITAS ATAS DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUP SANGLAH DENPASAR PERIODE JANUARI 2019 – JUNI 2019 Program Studi Sarjana Kedokteran dan Profesi Dokter , Fakultas Kedokteran , Universitas Udayana , Bali ,. *Jurnal Medika Udayana*, *10*(12), 75–88.
- RISKESDAS (2018). http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- Risnah, R., HR, R., Azhar, M. U., & Irwan, M. (2019). Terapi Non Farmakologi Dalam Penanganan Diagnosis Nyeri Pada Fraktur :Systematic Review. *Journal of Islamic Nursing*, *4*(2), 77. <https://doi.org/10.24252/join.v4i2.10708>
- Rosadi, R., Ningsih, F., Sunaringsih, S., Wardojo, I., Pendidikan, P., Fisioterapi, P., Kesehatan, I., & Malang, U. M. (2023). PENATALAKSANAAN FISIOTERAPI TERHADAP KASUS MULTIPLE FRAKTUR ; CASE STUDY. *Physio Move Journal*, *1*(2), 32–37. <https://ojs.fdk.ac.id/index.php/pmj/article/view/2181>
- Rozi, I. F., Tekwan, G., & Nugroho, H. (2021). Hubungan Usia Pasien, Jenis Fraktur dan Lokasi Fraktur Tulang Panjang Terhadap Lama Rawat Inap Pasca Bedah di RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, *3*(5), 661–666. <https://doi.org/10.25026/jsk.v3i5.568>
- Sari, N. K. D. D., & Asmara, A. A. G. Y. (2020). Gambaran prevalensi fraktur humerus di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah, Bali, Indonesia periode tahun 2015-2016. *Intisari Sains Medis*, *11*(1), 194–197. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i1.533>
- Sastra, L., & Despitarsari, L. (2018). Pengaruh Terapi Dingin Cryotherapy Terhadap Penurunan Nyeri Pada Fraktur Ekstremitas Tertutup. *Jurnal Kesehatan Hesti Wira Sakti*, *6*(2), 28–36. <https://jurnal.poltekkes-soepraoen.ac.id/index.php/HWS/article/view/242>
- Sirait, H. S. (2019). *PENGARUH KOMPRES DINGIN TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS NYERI PADA PASIEN FRAKTUR FEMUR DI RSU GUNUNG JATI CIREBON TAHUN 2018*. <https://www.jurnal.syntax-idea.co.id/index.php/syntax-idea/article/view/3/5>
- Suhail Ahmad, N. S. B., Rahmadian, R., & Yulia, D. (2021). Gambaran Kejadian Fraktur Femur di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2016-2018. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, *1*(3), 358–363. <https://doi.org/10.25077/jikesi.v1i3.82>
- Suriya, M., & Zuriati. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi NANDA, NIC, & NOC*. 1–200.
- Susihar, S., Trisnawati, L., & Setiawati, G. (2019). Penerapan Terapi Musik Klasik

terhadap Penurunan Rasa Nyeri pada Pasien Fraktur di RSUD Koja Jakarta Utara. *JURNAL AKADEMI KEPERAWATAN HUSADA KARYA JAYA*, 5(1). <https://doi.org/10.59374/JAKHKJ.V5I1.106>

Yugiana, A. M., & Martini, S. (2021). Factors affecting quality of life of fracture patients with productive age at dr. Haryoto Regional General Hospital, Lumajang District, East Java. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 9(2), 126–131. <https://doi.org/10.15562/phpma.v9i2.343>

Lampiran 1 Laporan Kasus

A. Kasus 1

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Nama Pasien : Ny.M
No. RM : 01.17.56.63
Umur : 52 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Koto Tinggi,Jr III Koto Tinggi,Sundata, Lubuk Sikaping
,pasaman

Tanggal masuk RS : 13 Mei 2023

Ruang rawatan : Trauma Center

Tanggal pengkajian : 16 Mei 2023

Diagnosa Medis : Multiple fraktur (close fraktur of right segment AO classification 4F2B, close fraktur of right tibia segmented AO Clasification 4C2C, close fraktur of 1/3 medial clavícula alman group type 1, close fraktur of left midshaft humerus AO classification 12A1

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn R

Umur : 65 Tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Petaani

Alamat : Koto Tinggi,Jr III Koto Tinggi,Sundata, Lubuk Sikaping
,pasaman

Hubungan : Suami

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

pasien masuk ruangan dengan keluhan nyeri pada bahu kiri lengan atas dan tungkai bawah kanan. Sebelumnya pasien post trauma kecelakaan awalnya pasien hendak menyebrang hendak membeli sarapan lalu tiba tiba datang motor dengan kecepatan tinggi lalu menabrak pasien dari arah kanan dan pasien terhempas ke aspal, keluarga mengatakan saat kejadian pasien tidak sadar keluar darah dari hidung dan ada muntah saat di rumah sakit pasaman.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

pasien pada tanggal 16 Mei 2023

Pasien masuk ruangan trauma center akan di lakukan tindakan medis pemasangan ORIF dan saat ini mengeluh nyeri pada Pundak kiri, tangan kiri, dan pada tungkai kanan. Pasien terpasang transocrap pada humerus tangan kiri dan pada tungkai kanan.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien ada mengidap penyakit diabetes mellitus.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

keluarga mengatakan bahwa tidak ada menderita penyakit hipertensi, diabetes mellitus

5) Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan mendapatkan dukungan dari keluarga, istri dan anak untuk menjalani pengobatan selama sakit. Pasien juga mengatakan cara pasien dan keluarga mengatasi masalah dengan cara musyawarah bersama- sama untuk mendapatkan solusi dari masalah yang dihadapi.

d. Pengkajian Fungsional Gordon

2) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien terlihat gelisah dan selalu menanyakan sesuatu pada perawat

3) Pola Nutrisi dan Metabolik

a) Sehat

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari, pasien mengkonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan, pasien minum air putih 5-6 gelas dalam sehari \pm 1.500 ml. pasien mengatakan berat badan sebelum dirawat di RS 55 kg dan berat badan sekarang 54 kg.

b) Sakit

Porsi makan pasien saat sakit sebelum dirawat di RS hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi dikarenakan pasien mengeluh nyeri sehingga tidak nyaman untuk makan, diet pasien di rumah sakit tiga kali sehari.

4) Pola Eliminasi

a) Sehat

BAB : pada saat sehat pasien mengatakan BAB 1 kali dalam sehari setiap pagi hari dengan konsistensi padat berwarna kuning .

BAK : pada saat sehat pasien BAK lebih kurang 5 kali dalam sehari.

b) Sakit

BAB : pada saat sakit pasien mengatakan BAB 1 kali dalam sehari setiap pagi hari dengan konsistensi padat berwarna kuning menggunakan pempers.

BAK : pada saat sehat pasien BAK lebih kurang 3-4 kali dalam sehari.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

a) Sehat

Saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan orang lain.

b) Sakit

Saat sakit aktivitas pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga untuk toileting.

6) Pola Istirahat dan Tidur

a) Sehat

Saat sehat tidur 6 sampai 7 jam sehari pada malam hari dan pasien

mengatakan jarang tidur di siang hari.

b) Sakit

Saat sakit pasien lebih banyak menghabiskan waktu untuk tidur dan beristirahat diatas tempat tidur.

7) Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Pasien mengatakan sering merasa gelisah, cemas.

8) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mengatakan sedikit cemas karenadengan kondisinya.

9) Pola Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan tidak mampu menjalankan peran sebagai Ibu rumah tangga di rumah.

10) Pola Reproduksi dan Seksual

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas seksual dengan suaminya selama sakit.

11) Pola Koping dan Toleransi Stress

Pasien mengatakan sedikit cemas, stress, perasaan tidak berdaya, masalah finansial

12) Pola Nilai dan Keyakinan

Pasien menganut agama islam dan mengatakan ikhlas menerima penyakit yang dideritanya dan percaya Allah SWT tidak akan memberikan ujian diluar batas kemampuan hambanya.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keluhan utama : pasien mengeluh sesak nafas dan badan terasa lemas.

2) Pengukuran antropometri

Berat badan : 54kg

Tinggi badan : 150 cm

IMT : 24 kg/m²

3) Tanda – tanda vital :

Keadaan umum : sedang

Kesadaran : compos mentis

TD 140/70 mmHg

RR 25 X /menit

S 36,3 °C

4) Kepala dan leher

kepala terdapat lecet pada pelipis kanan konjungtiva tidak anemis, muka tampak meringis, hidung simetris kiri kanan, telinga pendengaran tidak ada masalah pada leher tidak ada tanda fraktur servikal

5) Dada dan Thoraks

I:simetris kiri dan kanan dengan tidak ada otot bantu dada dalam bernafas.

P:pergerakan dinding dada sama kiri kanan

P;bunyi sonor

A:suara nafas normal

6) Jantung

I:iktus kordis tidak terlihat

P: Iktus Kordis tidak teraba

A : tidak ada suara

7) Abdomen

I: bentuk datar

A: bising usus normal

P : tidak teraba pembesaran hepar

P : Timpani

8) Ekstremitas

pada ektremitas atas kanan normal, ekstremitas kiri terbalut transocrab dari lengan bawah sampai ke lengan atas pergerakan terbatas, CRT < detik

pada ekstremitas bawah kanan terpasang transocrap pada tungkai pada

ekstremitas bawah kiri normal.

f. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium 15 Mei 2023

Hemoglobin 12 g/dl (12-14), leukosit $7,77 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5.0-10)

Trombosit $238 \times 10^3/\text{mm}^3$ (150-400)

Hematokrit 33 % (37-43)

Eritrosit $3,54 \times 10^6/\text{uL}$ (4-4.50),

hasil rontgen

fraktur humeru kiri

fraktur clavikula kiri

fraktur tibia kanan



g. pengkajian nyeri

pasien tampak meringis dan gelisah dan focus pasien kurang saat di lakukan pengkajian.

P: Multiple fraktu

Q: rasa di sayat-sayat

R: dada kiri atas clavikula dan kaki kanan bagian tungkai

S : 6

T: hilang timbul

h. Program Pengobatan

1) Diet : ML RP III

2) Obat :

IUVD Tutosol 20 tpm

Injeksi

ranitidine 2x50 mg

ketorolac 3x 30 mg

cefriaxon 2x 1 amp

2. ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH KEPERAWATAN
	PASIEN 1	PASIEN 1
1.	<p>DS : Pasien menatakan nyeri pada bahu tngagnn kiri dan tungkai pada kaki kanan keluarga mengatakan pasien korban tabarakan saat kejadian pasien tidak sadarkan diri keluar darah pada telinga</p> <p>DO : Pasien tampak meringis, Pasien tampak kurang focus saat pengkajian terdapat fraktur tertutup transicrab lengan kiri atas dan pada tungkai kanan bawah</p> <p>Skala nyeri 6</p>	Nyeri Akut
2.	<p>DS;Pasien mengatakan saat ingi bergerak dibantu keluarga</p> <p>DO : Tampak fraktur tertutup transocrap pada humerus kiri dan tungkai kanan</p>	gangguan mobilitas fisik
3	<p>DS</p> <p>Pasien mengatakan ia cemas dengann keadaanya saat ini</p> <p>DO;</p> <p>pasien tampak gelisah</p> <p>pasien banyak bertanya</p> <p>td 140/70 mmHg</p> <p>RR 25 X /menit</p> <p>S 36,3 °C</p>	ansietas

3. Diagnosis Keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN PASIEN 1
1.	Nyeri Akut BD Agen Pencedera Fisiologis
2.	Gangguan mobilitas fisik
3	Ansietas

4. Perencanaan Keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
		PASIEN1	PASIEN 1
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> j Keluhan nyeri menurun k Meringis menurun l Gelisah membaik m Kesulitan tidur menurun n Frekuensi nadi membaik o Pola nafas membaik p Tekanan darah membaik q Nafsu makan membaik r Pola tidur membaik 	<p>1. Manajemen nyeri Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Tindakan Observasi d Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Terapeutik e Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) f Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi</p>

			<p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik , jika perlu</p>
2	<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<p>Mobilitas fisik (SLKI, hal 65)</p> <p>Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan</p> <p>kriteria hasil :</p> <p>8) Pergerakan ekstremitas meningkat 9) Kekuatan otot meningkat 10) Rentang gerak (ROM) meningkat 11) Nyeri menurun 12) Kecemasan menurun 13) Kaku sendi menurun 14) Gerakan terbatas menurun</p> <p>Kelemahan fisik menurun</p>	<p>Terapi latihan : ambulasi (SIKI, hal 22)</p> <p>Definisi : Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi • Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi • Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik :</p> <p>a Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)</p> <p>b Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik</p> <p>c Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi • Anjurkan melakukan ambulasi dini • Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat

			tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
3	Ansietas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, 2) Perilaku gelisah menurun, 3) Perilaku tegang menurun, 4) Keluhan pusing menurun, 5) Pucat menurun, Konsentrasi membaik, Pola tidur 6) membaik, Pola berkemih membaik 	<p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi : Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, Identifikasi teknik</p>

5. implementasi evaluasi

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (HARI/TANGGAL)	EVALUASI KEPERAWATAN	TTD
		PASIEN 1	PASIEN 1	
1.	Nyeri akut bda agen pencedera	<p>rabu 17 mei jam 8.30</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.mengidentifikasi skala nyeri pasien 2.memberikan terapi non farmakologi kompres dingin. 3.kolaborasi pemberian analgetik 	<p>S:Pasien mengeluhkan nyeri pada bahu kiri, lengan kiri tungkai kaki kanan dan dada</p> <p>O: pasien tampak meringis</p> <p>P: multiple fraktur</p> <p>R : dada kiri atas dan pada tungkai kanan</p>	

			<p>S:pre 6 post 4</p> <p>T ; hilang timbul</p> <p>A; Nyeri akut</p> <p>P;Intervensi di lanjutkan dengan manajemen nyeri</p>	
	nyeri akut bd agen pencedera fisiologis	<p>kamis 16 mei 2023</p> <p>mengidentifikasi skala nyeri pasien</p> <p>2.memberikan terapi non farmakologi kompres dingin.</p> <p>3.kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>S: Pasien mengeluh nyeri pada bagian bekas operasi</p> <p>O : Pasien post orif tampak luka tertutup transocrap pada kaki kanan</p> <p>skala nyeri pre 4</p> <p>Post 3</p> <p>TD;116/68 mmHg</p> <p>HR;63x permenit</p> <p>S: 36,6⁰c</p> <p>A: Nyeri akut</p> <p>P:Intervensi di lanjutkan dengan manajemen nyeri</p>	
	Nyeri Akut Bd Agen pencedera fisiologis	<p>jum'at</p> <p>19 mei 2023</p> <p>skala nyeri pasien</p> <p>2.memberikan terapi non farmakologi kompres dingin.</p> <p>3.kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>S: Pasien mengeluh nyeri pada bagian bekas operasi</p> <p>O:Pasien post orif luka tampak tertutup oleh transocrap, pasien tampak meringis</p> <p>Skala nyeri pre 3</p> <p>post 3.</p> <p>A:Nyeri Akut</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p>	

2.	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>rabu 17 Mei 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengukur tanda-tanda vital TD : 140/70 mmHg N : 94x/menit S : 36,7⁰C RR : 24x/menit melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan membantu dalam pemenuhan kebutuhanny mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan memberikan bantuan 	<p>S : Pasien mengatakan sulit beraktivitas seperti biasa karena mengalami nyeri pada bahu, lengan tangan atas dan tungkai kanan, nyeri saat kaki, aktivitasnya sekarang dibantu keluarga</p> <p>O : Terdapat fraktur yang tertutup transcrap pada humerus kiri dan tibia fibula.</p> <p>TTV : TD : 140/70 mmHg, N : 92x/menit, S : 36,2⁰C, RR : 22x/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : intervensi dilanjutkan, melatih pasien dalam ambulasi dini, mengajarkan merubah posisi yang nyaman</p>	
	gangguan mobilitas fisik	<p>kamis, 18 Mei 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> mengidentifikasi adanya nyeri Mengukur tanda-tanda vital TD : 140/70 mmHg N : 94x/menit S : 36,7⁰C RR : 24x/menit melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan 	<p>S : Pasien mengatakan sulit beraktivitas seperti biasa karena mengalami nyeri pada bahu, lengan tangan atas dan tungkai kanan, nyeri saat kaki, aktivitasnya sekarang dibantu keluarga</p> <p>O : Terdapat fraktur yang tertutup transcrap pada humerus kiri dan tibia fibula.</p> <p>pasien masih tampak sulit untuk bergerak</p> <p>TTV : TD : 140/70 mmHg, N : 92x/menit, S : 36,2⁰C, RR : 22x/menit</p>	

			<p>A : masalah belum teratasi gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : intervensi dilanjutkan, melatih pasien dalam ambulasi dini, mengajarkan merubah posisi yang nyaman</p>	
	gangguan mobilitas fisik	<p>Jum'at 19 Mei 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 130/70 mmHg N : 94x/menit S : 36,7⁰C RR : 23x/menit 2. melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan 3. membantu dalam pemenuhan kebutuhanny 4. mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi 	<p>S : Pasien mengatakan sulit beraktivitas seperti biasa karena mengalami nyeri pada bahu, lengan tangan atas dan tungkai kanan, nyeri saat kaki, aktivitasnya sekarang dibantu keluarga</p> <p>O : Terdapat fraktur yang tertutup transocrap pada humerus kiri dan tibia fibula.</p> <p>pasien masih tampak sulit untuk bergerak</p> <p>TD : 130/70 mmHg N : 94x/menit S : 36,7⁰C RR : 23x/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : intervensi dilanjutkan, melatih pasien dalam ambulasi dini, mengajarkan merubah posisi yang nyaman</p>	
3	ansietas	<p>rabu 17 mei 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang 2. Menjelaskan kepada klien tentang penyakit yang dialaminya 3. Menganjurkan klien untuk mendengarkan murottal al-qur'an 4. Menganjurkan istirahat dan tidur 	<p>S : Pasien mengatakan khawatir tidak bisa sembuh, Pasien mengeluh cemas karena nyeri yang tidak hilang-hilang</p>	

			<p>O : Pasien tampak gelisah, Pasien sulit untuk tidur, Wajah terlihat pucat</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Menganjurkn keluarga untuk meciptakan lingkungan yang tenang</p>	
		<p>kamis 18 mei 2023</p> <p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang 2. Menjelaskan kepada klien tentang penyakit yang dialaminya 3. Menganjurkan klien untutarik nafas dalam 4. Menganjurkan istirahat dan tidur 	<p>S : Pasien mengatakan khawatir tidak bisa sembuh, Pasien mengeluh cemas karena nyeri yang tidak hilang-hilang</p> <p>O : Pasien tampak gelisah, Pasien sulit untuk tidur, Wajah terlihat pucat</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Menganjurkn keluarga untuk meciptakan lingkungan yang tenang</p>	
		<p>jum'at 19 mei 2023</p> <p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang 2. Menjelaskan kepada klien tentang penyakit yang dialaminya 3. Menganjurkan klien untuk Tarik nafas dalam 4. Menganjurkan istirahat dan tidur 	<p>S : Pasien mengatakan cemas pad kondisinya</p> <p>O : Pasien tampak gelisah, Pasien sulit untuk tidur, Wajah terlihat pucat</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

			Menganjurkn keluarga untuk meciptakan lingkungan yang tenang	
--	--	--	--	--

B. Kasus 2

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. I
No. RM : 01.17.61.18
Umur : 46 Tahun
Jenis Kelamin : Laki- laki
Alamat : Simpang Kalam Cubadak Duo Koto Pasaman
Tanggal masuk RS : 17 Mei 2023
Ruang rawatan : Interne Pria Wing A
Tanggal pengkajian : 26 Mei 2023
Diagnosa Medis : multiple fraktur (close fraktur of left humerus, open fraktur of left radius ulna)

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. R
Umur : 43 Tahun
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Simpang Kalam Cubadak Duo Koto Pasaman
Hubungan : istri

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

pasien masuk dengan keluhan awal nyeri pada lengan kiri, awalnya pasien bekerja dengan mesin gilingan padi dan ada tali yang masuk lalu pasien spontan mengambil talinamun malah ikut tertarik ke dalam mesin gilingan padi, setelah di angkat tangan kiri pasien tidak bisa di gerakkan dan nyeri.

- 2) Riwayat Kesehatan Sekarang
wawancara tanggal 26 mei 2023
pasien masuk ruangan trauma center dengan keluhan nyeri pada lengan tangan kiri akibat patah tulang humeru dan radus ulna terbuka.
- 3) Riwayat Penyakit Dahulu
pasien mengatakan tidak ada menagalami sakit ataupun di rawat di rumah sakit sebelumnya dan pasien mengaakan tidak ada menderita hipertensi dan diabetes mellitus
- 4) Riwayat penyakit keluarga
keluarga mengatakan tidak ada mengidap penyakit diabetes mellitus atau puan hipertensi pada keluaraganya.
- 5) Riwayat Psikososial
Pasien mengatakan mendapatkan dukungan dari istri nya untuk menjalani pengobatan di rumah sakit.

d. Pengkajian Fungsional Gordon

- 1) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan
Pasien menyadari bahwa penyakit yang diderita merupakan takdir dari allah.
- 2) Pola Nutrisi dan Metabolik
 - a) Sehat
Pasien mengatakan makan 3 kali sehari, pasien mengkonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan, pasien minum air putih 6-8 gelas dalam sehari \pm 1.500 ml. pasien mengatakan berat badan sebelum dirawat di RS 67 kg dan berat badan sekarang 64kg. Pasien mengatakan tidak ada merokok ataupun mengkonsumsi minuman berperasa.
 - b) Sakitsaat sehat pasein makana 3 kali sehari dan saat sakit pasien makan 3 kali sehari habis makanan nasi biasa pasien mengatakan

dalam 3 bulan terakhir tidak ada penurunan berat badan.

3) Pola Eliminasi

a) Sehat

BAB : pada saat sehat pasien mengatakan BAB 1 kali dalam sehari setiap pagi hari dengan konsistensi padat berwarna coklat.

BAK : pada saat sehat pasien BAK lebih kurang 8 kali dalam sehari.

b) Sakit

BAB : pada saat sakit pasien mengatakan BAB 1 kali dalam dua hari dengan konsistensi padat berwarna kekuningan

BAK : pada saat sehat pasien BAK lebih kurang 5-6 kali dalam sehari, pasien menggunakan diapers untuk BAK di atas tempat tidur.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

a) Sehat

Saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan orang lain.

b) Sakit

Saat sakit aktivitas pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga untuk toileting.

5) Pola Istirahat dan Tidur

a) Sehat

Saat sehat tidur 7 sampai 8 jam sehari pada malam hari dan pasien mengatakan tidur di siang hari 2-3 jam dalam sehari.

b) Sakit

Saat sakit pasien mengatakan saat sakit ia tidur 5 jam dan terbangun karena nyeri saat bergerak pada tangan kirinya.

6) Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Pasien mengatakan sering merasa gelisah, badan terasa pegal-pegal dan mengalami gangguan tidur dikarenakan nyeri yang di alaminya yang dialaminya.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mengatakan sedikit cemas karena akan menjalani hemodialisa pertama kali, pasien kesulitan dalam melakukan aktivitas seperti biasanya. Pasien mengatakan masih ada harapan, masih ada kekuatan serta semangat dari orang- orang terdekat.

8) Pola Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan tidak mampu menjalankan pekerjaan selama sakit. Sebelum sakit, pasien sehari-hari kuliah sambil bekerja. Pasien mengatakan akan menerima keadaan penyakit yang dideritanya dan menjalani pengobatan dengan patuh.

9) Pola Reproduksi dan Seksual

Pasien mengatakan belum menikah dan belum mampu menjalankan fungsi seksualnya.

10) Pola Koping dan Toleransi Stress

Pasien mengatakan sedikit cemas, stress, perasaan tidak berdaya, masalah finansial.

11) Pola Nilai dan Keyakinan

Pasien menganut agama islam dan mengatakan ikhlas menerima penyakit yang dideritanya dan percaya Allah SWT tidak akan memberikan ujian diluar batas kemampuan hambanya.

e. Pemeriksaan Fisik

1. Keluhan utama : .
2. Pengukuran antropometri
Berat badan : 64 kg

Tinggi badan : 165 cm

IMT : 23.51 kg/m²

Tanda – tanda vital :

Keadaran umum : sedang

Kesadaran : compos mentis

TTV

TD 135/80 mmHg

RR 22 X /menit

S 36,7 °C

3. Kepala dan leher

pada kepala terdapat lecet pada pipi sebelah kiri yang sudah mengering, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pernafasan cuping hidung , pada leher tidak ada tanda- tanda fraktur servikal.

4. Dada

I : simetris kiri dan kanan dengan tidak ada otot bantu dada dalam bernafas

P : pergerakan dinding dada sama kiri dan kanan

P : terdengar sonor pada semua permukaan rongga dada

A : suara nafas normal

5. jantung

I: iktus kordis tidak terlihat

P: Iktus Kordis tidak teraba

A : tidak ada suara mur-mur

6. Abdomen

I: bentuk datar

A: bising usus normal

P : tidak teraba pembesaran hepar

P : Timpani

7. Ekstremitas

Pada ekstremitas atas kanan terdapat jejas dan tampak sudah di jahit ada nyeri tekan dan pergerakan pada ekstremitas kiri terbatas.pada ekstremitas kanan normal, crt < 2 detik

f. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

tanggal 26 mei 2023

Hb 12,8 g/dL (13,0-16,0)

leukosit $27,10 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5,0-10,0)

hematokrit 38% (40,0-48,0),

2. Pemeriksaan radiologi

hasil rongen

fraktur humerus kiri

fraktur radius ulna kiri



g. pengkajian nyeri

Pasien tampak merungis dan gelisah sambil menutup mata.

P : Multiple fraktur

Q: nyeri rasa menusuk

R : pada humerus dan radius ulna tangan sebelah kiri

S :5

T: hilang timbul

h. Program Pengobatan

IUVD RL 500CC/jam

injeksi

cefriaxon 2x1 gr

kterolak 3x30mg

ranitidine 2x50mg

2. Analisa Data

i. NO	DATA	MASALAH KEPERAWATAN
	PASIEN 2	PASIEN 2
1.	DS : Pasien megatakan nyeri pada tangan kirinya keluarga mengatakan seblumnya pasien masuk ke mesin gilingan padi ada mengambil tali dan tanganya masuk saat di keluarkan nyeri dan tangan tidak bisa di gerakakn DO :Pasien tampak meringis sambal memjamkan mata tampak ada luka jahitan pada radus ulna daan pada lengan atas terpasang transocrab skala nyeri 5	Nyeri Akut
2.	DS : Pasien Mengatakan untuk mobilisasai dibantu istrinya di tempat tidur	gangguan mobilitas fisik

	keluarga mengatakan sejak kejadian tangan tidak bisa di gerakkan DO: Tampak fraktur pada tangan kiri terbalut transicrap	
3	DS Pasien takut untuk menggerakkan tangannya DO; pasien tampak gelisah pasien banyak bertanya td 135/80 mmHg RR 22 X /menit S 36,7 °C	ansietas

2. Diagnosa Keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN PASIEN 2
1.	Nyeri Akut BD Agen Pencedera Fisiologis
2.	Gangguan mobilitas fisik
3	Ansietas

3. Rencana Keperawatan

N O	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: s Keluhan nyeri menurun t Meringis menurun u Gelisah membaik v Kesulitan tidur menurun w Frekuensi nadi membaik x Pola nafas membaik y Tekanan darah membaik z Nafsu makan membaik aa Pola tidur membaik	<p>1. Manajemen nyeri Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Tindakan Observasi g Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Terapeutik h Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) i Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <i>Kolaborasi</i> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	Gangguan mobilitas fisik Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari	Mobilitas fisik (SLKI, hal 65) Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	Terapi latihan : ambulasi (SIKI, hal 22) Definisi : Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah

	<p>satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : Pergerakan ekstremitas meningkat Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat Nyeri menurun Kecemasan menurun Kaku sendi menurun terbatas menurun Kelemahan fisik menurun</p>	<p>Tindakan Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi • Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi • Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik :</p> <p>d Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)</p> <p>e Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik</p> <p>f Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi • Anjurkan melakukan ambulasi dini • Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
3	<p>Ansietas</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p>	<p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi : Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, Identifikasi teknik</p>

		<p>a Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun,</p> <p>b Perilaku gelisah menurun,</p> <p>c Perilaku tegang menurun,</p> <p>d Keluhan pusing menurun,</p> <p>e Pucat menurun, Konsentrasi membaik, Pola tidur</p> <p>f membaik, Pola berkemih membaik</p>	
--	--	---	--

5. Implementasi/ Evaluasi

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (HARI/TANGGAL)	EVALUASI KEPERAWATAN	TTD
1.	Nyeri akut bd agen pencedera	<p>28 mei 2023 mengidentifikasi skala nyeri pasien</p> <p>a. memberikan terapi non farmakologi kompres dingin.</p> <p>b kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>S; pasien mengeluhkan nyeri pada pada tangan kiri nya</p> <p>O: Pasien tampak meringis skala nyeri pre 5 post 4</p> <p>A: Nyeri Akut</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan manajemen nyeri</p>	
	nyeri akut bd agen pencedera fisiologis	<p>29 mei 2023 mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri masih terasa menusuk</p>	

		<p>memberikan terapi non farmakologi kompres dingin.</p> <p>3.kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>O: Pasien tampak meringis skala nyeri pre 4 post 3</p> <p>A: nyeri akut</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan dengan manajemen nyeri</p>	
	Nyeri Akut Bd Agen pencedera fisiologis	<p>30 mei 2023</p> <p>Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1. memberikan terapi non farmakologi kompres dingin.</p> <p>2.kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>S: Pasien mengeluhkan nyeri pada tangan kiri dengan menusuk</p> <p>O: Pasien tampak meringis Skala nyeri Pre 3 Post 2</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi di hentikan</p>	
2.	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>28 mei 2023</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 140/70 mmHg N : 94x/menit S : 36,7°C RR : 24x/menit</p> <p>2. melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</p> <p>3. membantu dalam pemenuhan kebutuhannya</p> <p>4. mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan memberikan bantuan</p>	<p>S : Pasien mengeleuh sulit untuk duduk hanya dibantu keluarga saja di tempat tidur</p> <p>O : Pasien duduk secara mandiri TTV : TD : 130/80 mmHg, N : 92x/menit, S : 36,2°C, RR : 22x/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	gangguan mobilitas fisik	<p>29 Mei 2023</p> <p>1. mengidentifikasi adanya nyeri</p> <p>2. Mengukur tanda-tanda vital TD : 135/90 mmHg N : 88x/menit S : 36,4°C RR : 21x/menit</p>	<p>S : Pasien sudah mampu untuk duduk di tempat tidur dan , hanya dibantu keluarga di tempat tidur</p> <p>O : pasien sudah tampak duduk di bed pasien</p>	

		<p>3. melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</p> <p>4. membantu dalam pemenuhan kebutuhan</p>	<p>TTV : TD : 135/90mmHgN: 92x/menit, S : 36,2⁰C, RR:21x/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	gangguan mobilitas fisik	<p>30 mei 2023</p> <p>1 mengidentifikasi adanya nyeri</p> <p>2 Mengukur tanda-tanda vital</p> <p>TD:133/80 mmHg, N : 92x/menit, S : 36,2⁰C, RR : 20x/menit</p> <p>3 melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</p> <p>5. membantu dalam pemenuhan kebutuhan</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah bisa berjalan di bantu istrinya</p> <p>O : Pasien sudah bisa duduk dan mobilisasi di bantu keluarga</p> <p>TTV : TD : 133/80 mmHg, N : 92x/menit, S : 36,2⁰C, RR : 20x/menit</p> <p>A : masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	
3	ansietas	<p>28 mei 2023</p> <p>1. Mengajarkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang</p> <p>2. Menjelaskan kepada klien tentang penyakit yang dialaminya</p> <p>3. Mengajarkan klien untuk mendengarkan murottal al-qur'an</p> <p>Menganjurkan istirahat dan tidur</p>	<p>S : Pasien sudah paham dengan kondisinya</p> <p>O : Pasien tampak lebih segar</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	

		<p>29 mei 2023</p> <p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang 2. Menjelaskan kepada klien tentang penyakit yang dialaminya 3. Menganjurkan klien untuk mendengarkan murottal al-qur'an <p>Menganjurkan istirahat dan tidur</p>	<p>S : Pasien mengatakan khawatir tidak bisa sembuh, Pasien mengeluh cemas karena nyeri yang tidak hilang-hilang</p> <p>O : Pasien tampak gelisah, Pasien sulit untuk tidur, Wajah terlihat pucat</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Menganjurkn keluarga untuk meciptakan lingkungan yang tenang</p>	
		<p>30 mei 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang 2. Menjelaskan kepada klien tentang penyakit yang dialaminya 3. Menganjurkan klien untuk mendengarkan murottal al-qur'an 4. Menganjurkan istirahat dan tidur 		

LAMPIRAN 4

Dokumentasi Peerapan Kompres Dingin



PENERAPAN KOMPRES DINGIN PADA PARTISIPAN2



PENERAPAN KOMPRES DINGIN PADA PARTISIPAN 1


Lampiran 3

Inform consent

Inform Consent Penelitian

Saya yang bertanda tangan di bawah ini telah mendapatkan
 Pendoran secara lisan dan telah mengerti tentang Penelitian
 yang di lakukan oleh Vicky Andrea Malina S.P. Keper yang berjudul
 Penerapan kompres dingin untuk mengurangi nyeri pada pasien
 multiple fraktur di RUP. Dr. M Sami Padang
 Saya bersedia untuk di jadikan responden pada Penelitian ini
 tanpa ada paksaan dari pihak manapun


Padang 26 Mei 2023


 Responden 1

Inform Consent Penelitian

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa
 Saya telah mendapat Pendoran tentang Penelitian secara lisan
 yang di lakukan oleh Vicky Andrea Malina S.P. Keper yang
 berjudul Penerapan kompres dingin untuk mengurangi nyeri
 pada Pasien Fraktur di RUP. Dr. M Sami Padang
 Saya setuju untuk di jadikan responden tanpa Paksaan

Padang 17 Mei 2023


 Responden 2