

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN FRAKTUR MEDIAL
PHALANGE DEXTRA PADA TN.A DENGAN KOMPRES DINGIN
UNTUK MENGURANGI INTENSITAS NYERI DI RUANG
MARJAN ATAS RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada Program
Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

NAMA : SURAHMAT, S.Kep

NIM : KHGD22010



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN SIDANG AKHIR

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Fraktur Medial Phalange Dextra Pada Tn.A Dengan Kompres Dingin Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Luka Di Ruang Marjan Atas RSUD dr. Slamet Garut

NAMA : Surahmat

N I M : KHGD22010

Garut, Agustus 2023

Menyetujui,

Penelaah 1

Penelaah 2

(Andri Nugraha, Ns.,M.kep)

(Sulastini, S.Kep.,M.Kep)

**Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners
STIKes Karsa Husada Garut**

**Mengesahkan,
Pembimbing**

(Sri Yekti Widadi, Ns.,M.Kep)

(Zahara Farhan, Ns.,M.Kep)

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Fraktur Medial Phalange
Dextra Pada Tn.A Dengan Kompres Dingin Untuk
Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Luka Di Ruang Marjan
Atas RSUD dr. Slamet Garut**

NAMA : Surahmat

N I M : KHGD22010

Garut, Agustus 2023

Menyetujui,

Pembimbing

(Zahara Farhan, Ns.,M.Kep)

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Agustus 2023

Pembuat Pernyataan,

Surahmat S.Kep

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN FRAKTUR MEDIAL
PHALANGE DEXTRA PADA TN. A DENGAN KOMPRES
DINGIN UNTUK MENGURANGI INTENSITAS NYERI
PADA LUKA DI RUANG MARJAN ATAS
RSUD DR.SLAMET GARUT**

Surahmat¹, Zahara Farhan²

¹Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

²Dosen STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRAK

Latar Belakang : Kecelakaan lalu lintas menjadi penyebab utama kematian pada kehidupan manusia, masyarakat modern telah menjadikan transportasi sebagai kebutuhan utama dalam melakukan aktivitas sehingga menimbulkan dampak yang signifikan terhadap kejadian kecelakaan lalu lintas. Kecelakaan tersebut membuat seseorang mengalami berbagai taruma atau cedera seperti fraktur yang mana merupakan terputusnya kontinuitas jaringan tulang baik total maupun partial pada tulang, sendi, jaringan otot dan pembuluh darah yang ditandai dengan nyeri, deformitas, edema, kulit memerah, ekimosis, dan menyebabkan gangguan fungsi pergerakan. **Tujuan :** Studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai penerapan kompres dingin untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien fraktur **Metode :** Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medis. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien dengan fraktur yang diberikan kompres dingin untuk menurunkan intensitas nyeri **Hasil :** Hasil studi kasus pada pasien fraktur dengan masalah utama nyeri akut ternyata dapat diatasi dengan memberikan terapi kompres dingin pada area luka, hal ini ditandai dengan klien tidak meringis, skala nyeri berkurang, edema menurun, tekanan darah membaik dan pola tidur membaik. Maka dari itu, kompres dingin efektif untuk digunakan dalam penurunan intensitas nyeri pada pasien fraktur **Rekomendasi :** Penerapan kompres dingin hanya dapat dilakukan pada pasien fraktur agar mendapatkan hasil yang maksimal dalam mereduksi nyeri di area sekitar luka

Kata Kunci : Fraktur, Kompres Dingin

**ANALYSIS OF FRACTURE MEDIAL PHALANGE DEXTRA NURSING
CARE FOR MR. A WITH COLD COMPRESS TO REDUCE THE
INTENSITY OF PAIN IN WOUNDS IN THE MARJAN ATAS
RSUD DR SLAMET GARUT**

Surahmat¹, Zahara Farhan²

¹College Student Of Stikes Karsa Husada Garut

²Lecturer Of Stikes Karsa Husada Garut

ABSTRACT

Background: Traffic accidents are the main cause of death in human life, modern society has made transportation a major necessity in carrying out activities so that it has a significant impact on traffic accidents. The accident causes a person to experience various trauma or fracture injuries which is a complete or partial discontinuation of the continuity of bone tissue in bones, joints, muscle tissue and blood vessels characterized by pain, deformity, edema, reddened skin, ecchymosis, and impaired movement function. **Objective :** This case study aims to obtain an overview of the application of cold compresses to reduce pain intensity in fracture patients. **Methods :** The method used is a descriptive case study by taking anamnesis, observation, physical examination and medical records. The participants in this study were patients with fractures who were given cold compresses to reduce pain intensity. **Results:** The results of the study in cases of fractures with acute mains turned out to be overcome by cold compress therapy in the wound area, this was marked by the client not having pain, the pain scale was reduced, edema decreases, blood pressure improves and sleep patterns improve. Therefore, cold compresses are effective for use in reducing pain intensity in fracture patients. **Recommendations:** Application of cold compresses can be carried out on fracture patients in order to get maximum results in reducing pain in the area around the wound.

Keywords : Cold Compress, Fracture

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya. Shalawat serta salam semoga selalu tecurahkan kepada baginda kita Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabatnya serta sampai kepada kita selaku umatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Fraktur Medial Phalange Dextra Pada Tn.A Dengan Kompres Dingin Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Luka Di Ruang Marjan Atas RSUD dr Slamet Garut”.

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Proram Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir- Ners ini penulis telah mendapat bantuan dan dukungan dari beberapa pihak yang terlibat, maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak DR H.Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs.H.Suryadi, M.Si., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak H.Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

5. Bapak H. Zahara Farhan, S.Kep.,Ns,M.Kep, selaku pembimbing utama yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan KIA ini.
6. Bapak Andri Nugraha,S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku penguji I KIA yang telah memberikan motivasi dan arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIA ini.
7. Ibu Sulastini, S.Kep.,M.Kep selaku penguji II KIA yang telah memberikan motivasi dan arahan sehingga memperlancar dalam penyelesaian KIA ini.
8. Staf dan Dosen Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan arahan dalam menyelesaikan KIA ini.
9. Kepada Istri yang saya cintai dan saya sayangi, yang telah memberikan motivasi baik secara moril maupun materi.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan segala masukan baik berupa saran maupun kritik demi perbaikan penelitian selanjutnya. Akhir kata, penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna dan bermanfaat baik bagi penulis maupun pembaca.

Garut, Agustus 2023

Penulis

Surahmat, S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERBAIKAN SIDANG.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN.....	xi

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	6
1.3 Manfaat Penulisan.....	7
1.4 Sistematika Penulisan	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Fraktur.....	8
2.1.1 Definisi Fraktur.....	8
2.1.2 Etiologi Fraktur	8
2.1.3 Klasifikasi Fraktur	9
2.1.4 Manifestasi Klinis Fraktur	12
2.1.5 Pathway.....	14
2.1.6 Patofisiologi Fraktur	15
2.1.7 Komplikasi Fraktur	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	20
2.2.1 Pengkajian.....	20
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	27
2.2.3 Intervensi Keperawatan	28
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	34

2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	34
2.3 <i>Evidence Based Practice</i> (EBP).....	35
2.3.1 Definisi.....	35
2.3.2 Tujuan	36
2.3.3 Jenis Kompres Dingin.....	36
2.3.4 Mekanisme Terapi	39

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus.....	40
3.1.1 Pengkajian.....	40
3.1.2 Diagnosa Keperawatan	49
3.1.3 Intervensi Keperawatan	50
3.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	53
3.1.5 Catatan Perkembangan	55
3.2 Pembahasan.....	57
3.2.1 Pengkajian Dan Analisa Data	61
3.2.2 Diagnosa Keperawatan	63
3.2.3 Intervensi Keperawatan	65
3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	67
3.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	70
3.2.6 Analisis Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i>	70

BAB IV PENUTUP

4.1 Kesimpulan	77
4.2 Saran.....	78

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Diagnostik.....	47
Tabel 3.2 Terapi Obat	47
Tabel 3.3 Analisa Data.....	47
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan.....	50
Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	53
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan.....	55
Tabel 3.7 Analisis Pembahasan <i>Evidence based Practice</i>	71

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Fraktur	14
---------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sistem muskuloskeletal merupakan salah satu sistem tubuh yang sangat berperan terhadap fungsi pergerakan dan mobilitas seseorang. Masalah atau gangguan pada tulang akan dapat mempengaruhi sistem pergerakan seseorang. Salah satu masalah muskuloskeletal yang sering kita temui di sekitar kita adalah Fraktur atau patah tulang. Fraktur merupakan patah tulang yang disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Helmi, 2012).

Fraktur adalah suatu gangguan penuh atau sebagian pada kontinuitas struktur tulang. Sebutan fraktur diartikan sebagai hilangnya kontinuitas tulang maupun tulang rawan, baik secara total maupun sebagian. Secara singkat dan jelas fraktur merupakan patah tulang yang diakibatkan dari trauma atau tenaga fisik (Andri et al., 2019).

Fraktur dikelompokkan menjadi dua bagian, yaitu terdiri dari fraktur tertutup serta fraktur terbuka (Asrizal, 2014). Fraktur tertutup merupakan fraktur tanpa dibarengi komplikasi, kulit masih utuh, tulang tidak keluar dari kulit. Sedangkan fraktur terbuka merupakan fraktur yang terjadi dengan merusak jaringan kulit, karena terdapat hubungan dengan lingkungan luar, sehingga fraktur terbuka lebih rentan untuk mengalami infeksi (Asrizal, 2014). Fraktur dengan komplikasi merupakan kondisi terjadinya patah tulang yang dibarengi dengan

komplikasi diantaranya meliputi delayed union, infeksi tulang dan malunion (Maharta et al 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2019, menyampaikan bahwa kejadian fraktur akibat kecelakaan lalu lintas mengalami peningkatan. Tercatat sebanyak 15 juta penduduk di seluruh dunia dengan angka prevalensi 3,2%. Pada tahun 2021 kejadian fraktur memasuki angka prevalensi 2,7% atau kurang lebih sekitar 13 juta penduduk dunia. Berdasarkan data Rikerdas pada tahun 2018 terdapat sekitar 92.976 kejadian kecelakaan dengan jumlah yang mengalami fraktur yaitu sejumlah 5.122 jiwa (Depkes RI 2018). Riskesdas menyatakan tempat terjadinya kecelakaan paling besar yaitu dilingkungan rumah sebesar 44,7%, apabila dibandingkan dengan di jalan raya sebesar 31,4%, ditempat bekerja sebesar 9,1%, dan disekolah sebesar 6,5%, (Hardianto et al, 2022). Menurut data Badan Pusat Statistik jumlah kematian akibat kecelakaan lalu lintas akibat fraktur pada tahun 2020 sebanyak 25,266 orang (Badan Pusat Statistik, 2022).

Ada beberapa dampak yang dapat terjadi apabila fraktur tidak mendapatkan penanganan secara tepat antara lain : Syok, terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Kerusakan arteri, pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai oleh tidak adanya nadi dimana CRT (Capillary Refil Time) yang disebabkan oleh tindakan emergensi pembidaian, perubahan posisi pada daerah yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan (Zairin Noor, 2014). Sindrom kompartemen adalah suatu kondisi dimana terjadi terjebaknya otot, tulang, saraf,

dan pembuluh darah dalam jaringan parut akibat suatu pembengkakan dari edema atau perdarahan yang menekan otot, syaraf, dan pembuluh darah. Infeksi, system pertahanan rusak bila ada trauma pada jaringan. (Zairin, 2012).

Fraktur yang sering terjadi di Indonesia adalah fraktur ekstremitas bagian bawah. Bagian tubuh yang sering mengalami fraktur yaitu ekstremitas bagian bawah (Platini et al., 2020). Hardianto Ayyubana dan Inayati, (2022) menyatakan bahwa bagian tubuh sering mengalami cedera antara lain yaitu ekstremitas bagian atas (32%) dan ekstremitas bawah (67%). Fraktur ekstremitas adalah suatu cedera yang terjadi di area tulang yang membentuk ekstremitas atas (meliputi lengan, sikut, tangan , pergelangan tangan dan jari – jari tangan), ekstremitas bawah (meliputi kaki bagian bawah, pergelangan kaki, paha, pinggul). Menurut (Kepel & Lengkon) 2020.

Fraktur handbar merupakan fraktur pada area tangan dan pergelangan tangan. Fraktur pada area ini cukup sering terjadi, prevalensi terjadinya fraktur di area tangan sekitar 10,8% dan prevalensi fraktur terjadinya pada phalang sekitar 10% dari seluruh kejadian fraktur. Sementara prevalensi terjadi fraktur pada tangan dan pergelangan tangan sebesar 9,4%, prevalensi gabungan terjadinya fraktur pada tangan dan pergelangan tangan sebesar 20,2%/ Fraktur pada area ini dapat merupakan fraktur terisolasi atau berasosiasi dengan cedera pada bagian tubuh yang lain. Dapat terjadi fraktur terbuka atau tertutup, frakturnya meliputi tulang Phalang. Berdasarkan data yang didapatkan dari rekam medis RSUD dr. Slamet Garut terdapat 246 kasus fraktur dalam rentang waktu enam bulan yang

sejak juni hingga desember 2020, fraktur Phalang meduduki peringkat ke 3 dari keseluruhan kasus fraktur di ruangan Marjan Atas.

Fraktur phalang adalah terputusnya hubungan tulang jari-jari tangan yang disebabkan oleh trauma langsung pada jari tangan, jari biasanya mengalami cedera akibat benturan langsung, dan mungkin terdapat banyak pembengkakan atau luka terbuka (Zairin Noor, 2014). Fraktur bisa mengakibatkan adanya tekanan yang berlebihan dibandingkan kemampuan tulang dalam menahan tekanan. Tekanan yang terjadi dapat berupa tekanan yang membengkok yang menyebabkan fraktur transversal, fraktur remuk, truma karena tarikan pada ligamen atau tendon akan menarik sebagian tulang (Zairin Noor, 2015)

Masalah keperawatan yang lazim muncul pada pasien fraktur yaitu: nyeri akut, ketidak efektifan perfusi jaringan perifer, kerusakan integritas kulit, hambatan mobilisasi fisik resiko infeksi, dan resiko syok (Nurarif & Kusuma, 2015) Salah satu masalah keperawatan yang sering dirasakan atau masalah utama pada fraktur phalang yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada klien adalah nyeri akut.

Menurut Mediarti et al (2015) salah satu faktor yang mempengaruhi penurunan intensitas nyeri pada fraktur 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 untuk meredakan rasa nyeri pada bagian tubuh yang mengalami dislokasi akibat kecelakaan baik itu fraktur dan lain sebagainya. Penelitian tersebut sejalan dengan hasil riset yang dilakukan Suryani & Soesanto

(2020). Pada umumnya, pasien dengan fraktur di rumah sakit sudah mendapatkan terapi analgesik untuk mengurangi nyeri. Akan tetapi selain bantuan obat pereda nyeri, salah satu alternatif tindakan untuk menurunkan skala nyeri adalah dengan pemberian terapi kompres dingin yang berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan terbukti signifikan dalam menurunkan rasa nyeri.

Mekanisme dalam menurunkan intensitas nyeri menggunakan terapi cold compress yaitu atas dasar teori endorphen. Endorphen diproduksi oleh tubuh sebagai zat penghilang rasa nyeri, dimana rasa nyeri yang dirasakan seseorang akan semakin ringan jika kadar endorphen seseorang tinggi. Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kadar endorphen yaitu massase, penekanan jari-jari, dan pemberian kompres dingin (Suryani & Soesanto, 2020).

Sistem kerja kompres dingin yaitu menstimulasi permukaan kulit untuk mengontrol nyeri dengan terapi dingin yang diberikan akan mempengaruhi impuls yang dibawa oleh serabut taktil A-Beta untuk lebih mendominasi sehingga “gerbang” akan menutup dan impuls nyeri akan terhalangi. Untuk memberikan efek terapeutik yang diharapkan (mengurangi nyeri), sebaiknya suhu tidak terlalu dingin (berkisar antara 15°C-18°C), karena suhu yang terlalu dingin dapat memberikan rasa yang tidak nyaman, frostbite atau membeku dan menyebabkan terjadinya fenomena pantulan yang seharusnya vasokonstriksi menjadi vasodilatasi (Rana et al, 2012). Sehingga, nyeri yang dirasakan akan berkurang atau menghilang sementara waktu (Sirait, 2019)

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Fraktur Medial Phalange Dextra Pada

Tn.A Dengan Kompres Dingin Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Luka Di Ruang Marjan Atas RSUD dr. Slamet Garut”.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Fraktur Pada Tn.A Dengan Kompres Dingin Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Luka Di Ruang Marjan Atas RSUD dr. Slamet Garut

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Tn A dengan Fraktur phalange di Ruang Marjan Atas RSUD dr.Slamet Garut
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn A dengan Fraktur phalange di Ruang Marjan Atas RSUD dr.Slamet Garut
3. Menyusun intervensi keperawatan pada Tn A dengan Fraktur phalange di Ruang Marjan Atas RSUD dr.Slamet Garut
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Tn A dengan Fraktur phalange di Ruang Marjan Atas RSUD dr.Slamet Garut
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn A dengan Fraktur phalange di Ruang Marjan Atas RSUD dr.Slamet Garut
6. Melakukan dokumentasi keperawatan pada Tn A dengan Fraktur phalange di Ruang Marjan Atas RSUD dr. Slamet Garut.
7. Mengaplikasikan *Evidence Based Practice* Kompres Dingin pada Tn A dengan Fraktur phalange Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri di Ruang Marjan Atas RSUD dr.Slamet Garut.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat teoritis

Studi kasus ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan referensi bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan studi kasus di berbagai rumah sakit yang ada di Indonesia, dan memberikan pengetahuan dari berbagai sudut pandang penelitian lain, terkait keberhasilan penerapan Kompres Dingin untuk mengurangi Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Studi kasus ini diharapkan dapat berguna bagi perawat dalam melakukan pelayanan kesehatan sebagai acuan dasar untuk memberikan asuhan keperawatan dengan tindakan keperawatan kompres dingin bisa untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien fraktur

2. Bagi Rumah Sakit

Rumah Sakit dapat menggunakan hasil studi kasus ini sebagai sumber informasi dalam memberikan tindakan asuhan keperawatan pada pasien fraktur agar dapat sedikitnya membantu dalam mereduksi keluhan nyeri pada pasien yang mengalami kecelakaan lalu lintas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Fraktur

2.1.1 Definisi

Fraktur merupakan istilah dari hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian. Secara ringkas dan umum, fraktur adalah patah tulang yang diakibatkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut tenaga fisik, keadaan tulang itu sendiri, serta jaringan lunak diarea tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi lengkap atau tidak lengkap (Sirait, 2019).

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya yang umumnya disebabkan oleh ruda paksa. Fraktur adalah pemisahan atau patahnya tulang. Fraktur adalah terputusnya keutuhan tulang, umumnya akibat trauma . Fraktur adalah patah tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang yang disebabkan trauma atau tenaga fisik dan menimbulkan nyeri serta gangguan fungsi (Sri, 2018)

2.1.2 Etiologi

Menurut Suryani & Soesanto (2020) fraktur dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya yaitu :

1. Kecelakaan kendaraan atau transportasi
2. Kecelakaan terjatuh

3. Fraktur patologik terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor, kanker dan osteoporosis
4. Fraktur beban
5. Fraktur atau fraktur kelelahan terjadi pada orang yang baru saja menambah tingkat aktifitas mereka, seperti baru di terima dalam angkatan bersenjata atau orang baru latihan lari.

Untuk mengetahui mengapa dan bagaimana tulang mengalami fraktur, pemeriksa harus mengenal anatomi dan fisiologi tulang sehingga pemeriksa mampu jauh untuk mengenal keadaan fisik tulang dan keadaan truma yang menyebabkan tulang patah. Pada beberapa keadaan, kebanyakan proses fraktur terjadi karena kegagalan tulang menahan tekan terutama tekanan memebengkok, memutar, dan tarik. Trauma muskuloskeletal yang bisa menjadi fraktur dapat dibagi menjadi trauma langsung dan tidak langsung. (Zairin Noor, 2016).

2.1.3 Klasifikasi Fraktur

Menurut Sulis Tyaningsih (2016), berdasarkan ada tidaknya hubungan antara tulang di bagi menjadi :

1. Fraktur Tertutup (*closed*)

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

- a. Derajat 0: Cedera akibat kekuatan yang tidak langsung dengan kerusakan jaringan lunak yang tidak begitu berarti

- b. Derajat 1 : Fraktur tertutup yang disebabkan oleh mekanisme energi rendah sampai sedang dengan abrasi superfisial atau memar pada jaringan lunak dipermukaan situs fraktur
- c. Derajat 2 : Fraktur tertutup dengan memar yang signifikan pada otot, yang mungkin dalam, kulit lecet terkontaminasi yang berkaitan dengan mekanisme energi sedang hingga berat dan cedera tulang, sangat beresiko terkena sindrom kompartemen.
- d. Derajat 3 : Kerusakan jaringan lunak yang luas atau avulsi subkutan dan gangguan arteri atau terbentuk sindrom kompartemen (*Kenneth et al.*, 2015)

2. Fraktur Terbuka (*opened*)

Dikatakan terbuka bila tulang yang patah menembus otot dan kulit yang memungkinkan / potensial untuk terjadi infeksi dimana kuman dari luar dapat masuk ke dalam luka sampai ke tulang yang patah. Derajat patah tulang terbuka :

- a. Derajat I Laserasi < 2 cm, fraktur sederhana, dislokasi fragmen minimal.
- b. Derajat II Laserasi > 2 cm, kontusio otot dan sekitarnya, dislokasi fragmen jelas.
- c. Derajat III Luka lebar, rusak hebat, atau hilang jaringan sekitar.

Menurut derajat kerusakan tulang dibagi menjadi 2 yaitu:

- 1. Patah tulang lengkap (*Complete fraktur*), Dikatakan lengkap bila patahan tulang terpisah satu dengan yang lainnya, atau garis fraktur melibatkan

seluruh potongan menyilang dari tulang dan fragmen tulang biasanya berubak tempat.

2. Patah tulang tidak lengkap (*Incomplete fraktur*). Bila antara patahan tulang masih ada hubungan sebagian. Salah satu sisi patah yang lainnya biasanya hanya bengkok yang sering disebut green stick.

Menurut bentuk garis patah dan hubungannya dengan mekanisme trauma ada 5 yaitu:

1. Fraktur Transversal : fraktur yang arahnya malintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung
2. Fraktur Oblik : fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat dari trauma angulasi juga.
3. Fraktur Spiral: fraktur yang arah garis patahnya sepiral yang di sebabkan oleh trauma rotasi.
4. Fraktur Kompresi: fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleksi yang mendorong tulang ke arah permukaan lain.
5. Fraktur Afulsi: fraktur yang di akibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insersinya pada tulang.

Menurut jumlah garis patahan ada 3 antara lain:

1. Fraktur Komunitif: fraktur dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
2. Fraktur Segmental: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.

3. Fraktur Multiple: fraktur diman garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama (Widyanto & Triwibowo, 2013)

2.1.4 Manifestasi Klinis Fraktur

Adapun tanda dan gejala dari fraktur menurut Tika & Cahyati (2019) sebagai berikut:

1. Nyeri

Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.

2. Hilangnya fungsi dan deformitas

Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah. Cruris tak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot berrgantung pada integritas tulang tempat melengketnya otot.

3. Pemendekan ekstremitas

Terjadinya pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melengket di atas dan bawah tempat fraktur.

4. Krepitus

Saat bagian tibia dan fibula diperiksa, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya.

5. Pembengkakan lokal dan Perubahan warna

Terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini baru terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera.

2.1.6 Patofisiologi

Menurut Lydion Saputra (2018), patofisiologi dari fraktur yaitu Fraktur dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Tertutup bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Sedangkan fraktur terbuka bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar oleh karena perlukaan di kulit. Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut, jaringan lunak juga biasanya mengalami kerusakan. Reaksi perdarahan biasanya timbul hebat setelah fraktur. Sel-sel darah putih dan sel anast berakumulasi menyebabkan peningkatan aliran darah ketempat tersebut aktivitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru umatur yang disebut callus. Bekuan fibrin direabsorbsidan sel-sel tulang baru mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut syaraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak di tangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstremitas dan mengakibatkan kerusakan syaraf perifer. Bila tidak terkontrol pembengkakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusi darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut syaraf maupun jaringan otot.

Komplikasi ini di namakan sindrom compartment. Trauma pada tulang dapat menyebabkan keterbatasan gerak dan ketidak seimbangan, fraktur terjadi dapat berupa fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Fraktur tertutup tidak disertai kerusakan jaringan lunak seperti tendon, otot, ligament dan pembuluh darah .Pasien yang harus imobilisasi setelah patah tulang akan menderita komplikasi antara lain: nyeri, iritasi kulit karena penekanan, hilangnya kekuatan otot. Kurang

perawatan diri dapat terjadi bila sebagian tubuh di imobilisasi, mengakibatkan berkurangnya kemampuan perawatan diri. Reduksi terbuka dan fiksasi interna (ORIF) fragmen-fragmen tulang di pertahankan dengan pen, sekrup, plat, paku. Namun pembedahan meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi. Pembedahan itu sendiri merupakan trauma pada jaringan lunak dan struktur yang seluruhnya tidak mengalami cedera mungkin akan terpotong atau mengalami kerusakan selama tindakan operasi (Saputra, 2018).

2.1.7 Komplikasi

Menurut Rinawati Erni (2021) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan fraktur antara lain :

1. Syok

Syok hipovolemik atau traumatic, akibat perdarahan (banyak kehilangan darah eksternal maupun yang tidak kelihatan yang biasa menyebabkan penurunan oksigenasi) dan kehilangan cairan ekstra sel ke jaringan yang rusak, dapat terjadi pada fraktur ekstremitas, thoraks, pelvis dan vertebra.

2. Sindrom emboli lemak

Pada saat terjadi fraktur globula lemak dapat masuk kedalam pembuluh darah karena tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler atau karena katekolamin yang di lepaskan oleh reaksi stress pada pasien akan memobilisasi asam lemak dan memudahkan terjadinya globula lemak pada aliran darah.

3. Sindroma Kompartement

Sindrom kompartemen ditandai oleh kerusakan atau destruksi saraf dan pembuluh darah yang disebabkan oleh pembengkakan dan edema di daerah fraktur. Dengan pembengkakan interstisial yang intens, tekanan pada pembuluh darah yang menyuplai daerah tersebut dapat menyebabkan pembuluh darah tersebut kolaps. Hal ini menimbulkan hipoksia jaringan dan dapat menyebabkan kematian syaraf yang mempersyarafi daerah tersebut. Biasanya timbul nyeri hebat. Individu mungkin tidak dapat menggerakkan jari tangan atau kakinya. Sindrom kompartemen biasanya terjadi pada ekstremitas yang memiliki restriksi volume yang ketat, seperti lengan. Resiko terjadinya sindrom kompartemen paling besar apabila terjadi trauma otot dengan patah tulang karena pembengkakan yang terjadi akan hebat.

Pemasangan gips pada ekstremitas yang fraktur yang terlalu dini atau terlalu ketat dapat menyebabkan peningkatan di kompartemen ekstremitas, dan hilangnya fungsi secara permanen atau hilangnya ekstremitas dapat terjadi.

4. Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma biasanya ditandai dengan tidak ada nadi, CRT menurun, sianosis bagian distal, hematoma yang lebar, dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

5. Infeksi

Sistem pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada

trauma orthopedic infeksi dimulai pada kulit (superficial) dan masuk ke dalam. Ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin dan plat.

6. Avaskuler nekrosis

vaskuler nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bias menyebabkan nekrosis tulang dan di awali dengan adanya Volkman's Ischemia.

Komplikasi dalam waktulama atau lanjut fraktur antara lain: mal union, delayed union, dan non union.

1. *Malunion*

Malunion dalam suatu keadaan dimana tulang yang patah telah sembuh dalam posisi yang tidak seharusnya, membentuk sudut, atau miring. Conyoh yang khas adalah patah tulang paha yang dirawat dengan traksi, dan kemudian diberi gips untuk imobilisasi dimana kemungkinan gerakan rotasi dari fragmen-fragmen tulang yang patah kurang diperhatikan. Akibatnya sesudah gips dibung ternyata anggota tubuh bagian distal memutar ke dalam atau ke luar, dan penderita tidak dapat mempertahankan tubuhnya untuk berada dalam posisi netral. Komplikasi seperti ini dapat dicegah dengan melakukan analisis yang cermat sewaktu melakukan reduksi, dan mempertahankan reduksi itu sebaik mungkin terutama pada masa awal periode penyembuhan. Gips yang menjadi longgar harus diganti seperlunya. Fragmen-fragmen tulang yang patah dn bergeser sesudah direduksi harus diketahui sedini mungkin dengan melakukan pemeriksaan radiografi serial.

Keadaan ini harus dipulihkan kembali dengan reduksi berulang dan imobilisasi, atau mungkin juga dengan tindakan operasi.

2. *Delayed Union*

Delayed union adalah proses penyembuhan yang terus berjalan dengan kecepatan yang lebih lambat dari keadaan normal. Delayed union merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang.

3. *Nonunion*

Nonunion merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat, dan stabil setelah 6-9 bulan. Nonunion ditandai dengan adanya pergerakan yang berlebih pada sisi fraktur yang membentuk sendi palsu atau pseuodoarthrosis. Banyak keadaan yang merupakan faktor predisposisi dari nonunion, diantaranya adalah reduksi yang tidak benar akan menyebabkan bagian-bagian tulang yang patah tetap tidak menyatu, imobilisasi yang kurang tepat baik dengan cara terbuka maupun tertutup, adanya interposisi jaringan lunak (biasanya otot) diantara kedua fragmen tulang yang patah, cedera jaringan lunak yang sangat berat, infeksi, pola spesifik peredaran darah dimana tulang yang patah tersebut dapat merusak suplai darah ke satu atau lebih fragmen tulang (Rinawati et al, 2021).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Fraktur Phalange

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Pengumpulan data klien baik subyektif atau obyektif pada gangguan sistem persarafan sehubungan dengan cedera plang tergantung pada bentuk, lokasi, jenis injuri dan adanya komplikasi pada organ vital lainnya. Data yang perlu didapati adalah sebagai berikut : Identitas klien dan keluarga (penanggung jawab): nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, golongan darah, hubungan klien dengan penanggung jawab. (M. Asikin dkk, 2016).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama pada masalah fraktur yaitu nyeri. Nyeri akut atau kronik tergantung berapa lamanya serangan. Untuk memperoleh data pengkajian yang lengkap mengenai data pasien digunakan :

- a. *Proboking insiden* : apa ada peristiwa faktor nyeri
- b. *Quality of pain* : Apakah panas,berdenyut atau menusuk .
- c. *Region Radiation of pain* : apakah sakit bia redah dalam sekejap,pakah sakit menjalar dan dimana posisi sakitnya.
- d. *Severity/scale of pain* : seberapa jauh rasa nyeri dirasakan pasien berdasarkan sekala nyeri.
- e. *Time* : berapa waktu nyeri berlangsung,apa bertambah buruk pada waktu malam hari atau pagi hari.(M. Asikin dkk, 2016).

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan penyebab fraktur yang nantinya dapat membantu untuk membuat rencana tindakan terhadap klien. Data ini dapat berupa kronologis terjadi penyakit tersebut, sehingga dapat ditentukan kekuatan tulang dan bagian tubuh yang terkena. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan dapat diketahui luka kecelakaan lain yang mungkin timbul. (M. Asikin dkk 2016).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung , penyakit – penyakit tertentu misalnya kanker tulang dan penyakit paget yang menyebabkan fraktur patologis sering sering sulit menyambung. (Aziz Alimul Hidayat, 2013).

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Pada keluarga klien ada / tidak yang menderita osteoporosis, arthritis dan tuberkolosis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular

6. Pola Fungsi Kesehatan sehari - hari

a. Pola persepsi hidup sehat

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

b. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Klien fraktur tidak ada perubahan nafsu makan, walaupun menu makanan disesuaikan dari rumah sakit. Seperti kalsium, zat besi, protein,

vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien. (Aziz Alimudin Hidayat,2013).

c. Pola Eliminasi

Untuk kasus fraktur tidak ada gangguan pada pola eliminasi, tapi walaupun begitu perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi uri dikaji frekuensi, kepekatan, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak.

d. Pola Tidur dan Istirahat

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

e. Pola Aktivitas dan latihan

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

f. Pola Hubungan dan Peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena klien harus menjalani rawat inap

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien mengalami gangguan percaya diri sebab organ dibagian tubuhnya ada yang perubahan pasien takut cacat/tidak dapat bekerja lagi. Dan dampak yang timbul pada klien fraktur yaitu timbul ketidakutan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan body image).

h. Pola Sensori dan Kognitif

Pada klien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedang pada indera yang lain tidak timbul gangguan. begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu juga, timbul rasa nyeri akibat fraktur

i. Pola Reproduksi Seksual

Dampak pada klien fraktur yaitu, klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya.

j. Pola Penanggulangan Stress

Pada klien fraktur timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu

ketidakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh klien bisa tidak efektif.

k. Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk klien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak klien.

7. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik fraktur menurut M. Asikin. Dkk (2016) dan Padila (2012) :

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum yaitu baik atau buruknya yang di catat adalah tanda-tanda seperti :

- 1) Kesadaran Penderita : kesadaran yang dialami klien apakah apatis, sopor, koma, gelisah, composmetis tergantung pada keadaan klien.
- 2) Kesakitan, keadaan penyakit : akut, kronik, sedang, berat dan pada kasus fraktur yang paling banyak dialami adalah akut.
- 3) Pemeriksaan tanda – tanda Vital seperti : Tekanan Darah, Nadi, Suhu dan Respirasi.

b. Pemeriksaan Persistem

1) Sistem Pernapasan

Dikaji dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi. Dalam sistem ini perlu dikaji mengenai bentuk hidung, kebersihan hidung, adanya sekret, adanya pernapasan cuping hidung, bentuk dada, pergerakan dada simetris atau tidak, bunyi napas, adanya napas tambahan atau tidak, frekuensi dan irama napas.

2) Sistem Kardiovaskuler

Dikaji mulai dari warna konjungtiva, warna bibir, tidak dapat peningkatan JVP, terdapat peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, bunyi jantung tidak disertai suara tambahan, penurunan atau peningkatan tekanan darah.

3) Sistem Pencernaan

Dikaji mulai dari mulut hingga anus, dalam sistem ini yang dapat dikaji yaitu tidak adanya pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi pendarahan, mukosa mulut tidak pucat, bentuk abdomen datar, simetris, tidak ada hernia, turgor kulit baik, hepar tidak teraba dan suara abdomen terdengar timpani.

4) Sistem Perkemihan

Dikaji ada tidaknya pembekakan dan nyeri pada daerah pinggang, infeksi dan palpasi pada daerah abdomen untuk mengkaji adanya retensi urine, atau ada tidaknya nyeri tekan dan benjolan serta

pengeluaran urine apakah ada nyeri pada saat melakukan miksi (proses pengeluaran urine) atau tidak.

5) Sistem Endokrin

Dalam sistem ini perlu dikaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau kelenjar getah bening.

6) Sistem Persyarafan

Pada pasien fraktur terdapat adanya nyeri sehingga perlu dikaji tingkat skala nyeri (0–10) serta perlu dikaji tingkat GCS dan pemeriksaan fungsi syaraf kranial untuk mengidentifikasi kelainan atau komplikasi yang ditimbulkan. Pemeriksaan Neuromuskular pada klien fraktur meliputi 5 P yaitu : Pain adana nyeri, palor tampak pucat, parestesia sensasi kulit yang abnormal seperti terbakar atau menusuk – nusuk yang terjadi tanpa stimulus dari luar, pulse : denyut nadi yang cepat / hilang, pergerakan yang berkurang.

7) Sistem Integumen

Perlu dikaji keadaan kulit dengan infeksi (tumor, kebersihan, pigmentasi, tekstur dan lesi) serta perlu dikaji kuku dan keadaan rambut di sekitar kulit atau ekstremitas untuk mengidentifikasi adanya edema atau tidak. Pada fraktur biasanya terdapat eritema, suhu daerah sekitar troma meningkat, bengkak dan adanya nyeri tekan.

8) Sistem Muskuloskeletal

Perlu dikaji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah, diperiksa juga

adanya kekuatan pergerakan atau keterbiasaan gerak, reflek pada ekstremitas atas dan bawah.

9) Sistem Penglihatan

Untuk mengetahui keadaan kesehatan maka harus diperiksa tentang fungsi penglihatan, kesimetrisan mata kiri dan kanan, edema atau tidaknya, pada sistem penglihatan biasanya yang dapat dikaji oleh perawat adalah waktu konjungtiva dan sklera.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berikut ini diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada fraktur menurut PPNI (2016) yaitu :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan injuri fisik, spasme otot, gerakan fragmen tulang, edema , cedera, cedera jaringan lunak, pemasangan traksi.
2. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah ke jaringan.
3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka, pemasangan traksi (pen, kawat, sekrup)
4. Risiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan kehilangan volume darah akibat trauma (fraktur)
5. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma, imunitas tubuh primer menurun, prosedur invasif (pemasangan traksi).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Skala nyeri berkurang 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun Tekanan darah membaik	Menejemen Nyeri Tindakan : Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Identifikasi respon nyeri non verbal 5) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

			Edukasi 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 Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Perfusi perifer tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1. Warna kulit pucat menurun 2. Akral dingin menurun 3. Edema perifer menurun 4. Kelemahan otot menurun 5. CRT membaik	Perawatan Sirkulasi Observasi 1) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, angkle brachial index) 2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 1) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi 3) Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada

			area yang cidera 4) Lakukan pencegahan infeksi 5) Lakukan perawatan kaki dan kuku 6) Lakukan hidrasi Edukasi 1) Anjurkan berhenti merokok 2) Anjurkan berolahraga rutin 3) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 5) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 7) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta - Ajurkan melahkukan perawatan kulit yang tepat(mis. Melembabkan kulit kering pada kaki) 8) Anjurkan program rehabilitasi vaskuler 9) Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega3) 10) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan(mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
3	Kerusakan Integritas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan integritas kulit	Perawatan Integritas Kulit Observasi

	Kulit	membaik dengan Kriteria Hasil: 1. Elastisitas kulit meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Kerusakan lapisan kulit menurun 4. Perdarahan menurun Tidak ada puas 1. Pertumbuhan jaringan meningkat 2. Kulit lembab 3. Turgor kulit membaik	1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik 1) Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering Edukasi 1) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum) 2) Anjurkan minum air yang cukup 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Perawatan Luka Observasi 1) Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2) Monitor tanda –tanda infeksi Terapiutik 1) lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2) Bersihkan dengan cairan NACL atau pembersih non toksik,sesuai kebutuhan 3) Bersihkan jaringan nekrotik 4) Berika salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu 5) Pasang balutan sesuai jenis luka
--	-------	---	---

			6) Pertahan kan teknik seteril saaat perawatan luka 7) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 8) Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien 9) Berika diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari 10) Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis vitamin A, vitamin
4	Risiko syok	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat syok menurun dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Tingkat kesadaran membaik 3. Akral dingin menurun 4. Pucat menurun	Pencegahan Syok Observasi 1. Monitor status kardiopulmunal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekwensi nafas, TD, MAP) 2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa riwayat alergi Terapeutik 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 2. Persiapan intubasi dan ventilasi mekanik, jika perlu 3. Pasang jalur IV, jika perlu 4. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urin, jika perlu 5. Lakukan skinen skine test untuk mencegah reaksi alergi

			Edukasi 1. Jelaskan penyebab/ faktor resiko syok 2. Jelaskan atnda dan gejala awal syok 3. Anjurkan melapor jika menemukan/ merasakan tanda dan gejala syok 4. Anjurkan memperbanyak asupan oral 5. Anjurkan menghindari alergen Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu - Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu
5	Resiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan glukosa derajat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Nyeri menurun 3. Kemerahan menurun 4. Edema menurun	Pencegahan Infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Lakukan perawatan luka pada area ulkus diabetikum 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi terkena infeksi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara memeriksa luka 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

			Kolaborasi Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi/pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik atas pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan dalam mengatasi masalah yang muncul pada pasien/keluarga. Ukuran intervensi yang diberikan kepada pasien/keluarga dapat berupa dukungan pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi baik kesehatan fisik maupun mental, pendidikan kesehatan dan lainnya untuk mencegah masalah keperawatan yang muncul. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Melizza, 2018)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, intervensi keperawatan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi juga merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang terjadi dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif).

1. Evaluasi Formatif

Evaluasi Formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi Sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna yang berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan, meliputi Subjek, Objek, Assesment, Planning (SOAP) atau Subjek, Objek, Assesment, Planning, Intervensi, Evaluasi-Revisi (SOAPIE-R) (Melizza, 2018)

2.3 Konsep Kompres Dingin

2.3.1 Definisi

Kompres dingin merupakan salah satu intervensi yang dapat dipilih untuk mengurangi nyeri fraktur yang dialami oleh pasien. Kompres dingin diberi dengan menggunakan kantong karet yang diisi es batu dengan suhu awal 12 0C selama 10 menit (Mia Sulistian 2020).

Kompres dingin merupakan metode pemakaian temperatur yang rendah, yang dapat menyebabkan dampak fisiologis tertentu. Penerapan kompres dingin untuk mengecilkan sirkulasi darah menuju area tertentu serta meredakan perdarahan dan edema. Terapi dingin memiliki dampak meredakan rasa sakit dengan melambatkan laju transmisi saraf, sehingga mengurangi rasa nyeri yang ditanamkan ke otak. Proses yang lain yaitu presepsi dingin mendoninasi serta meredakan presepsi nyeri (Rana et al, 2012).

Terapi kompres dingin yakni pemulihan yang memanfaatkan ciri fisik dingin pada beragam situasi, termasuk nyeri luka perineum. Stimulasi dingin

mengontrol rasa sakit melalui merangsang permukaan kulit. Terapi dingin yang didistribusikan akan mempengaruhi implus yang dibawa oleh serat delta-A membuatnya lebih dominan sehingga “pintu” akan tertutup serta implus nyeri akan terhambat. Nyeri yang dialami akan menurun atau hilang untuk sementara waktu. Tujuan dari kompres dingin adalah guna meredakan peradangan yang terjadi di daerah yang nyeri, sehingga dapat mengurangi nyeri pada klien (Aini & Reskita, 2018).

2.3.2 Tujuan

Menurut Sumadi et al (2020) tujuan kompres dingin pada pasien dengan fraktur diantaranya sebagai berikut:

1. Mengurangi rasa nyeri

Kompres dingin beroperasi dengan merangsang permukaan kulit guna mengendalikan nyeri. Terapi dingin yang dialokasikan akan mempengaruhi implus yang dibawa oleh serat taktil delta-A membuatnya lebih dominan, sehingga “pintu” akan tertutup serta implus nyeri akan terhambat

2. Mengurangi pembengkakan

Kompres dingin yakni tindakan penggunaan suhu rendah yang dapat merangsang pembuluh darah menjadi menyempit dan memperlambat aliran darah pada lokasi cedera (Ardela, 2010).

3. Mempercepat penyembuhan

Kompres dingin dapat mempercepat penyembuhan luka, karena dingin mempunyai efek analgetik pada area luka, sehingga mengurangi aliran darah dan mengurangi perdarahan serta oedema

2.3.3 Jenis Kompres Dingin

1. Es dan Massase Es

Pijat es ini menggunakan air yang sudah dibekukan membentuk es seperti es krim yang memiliki pegangan atau gagang yang dibungkus dengan handuk yang dilapisi kantong plastik, tempatkan es pada area yang sakit gosokkan es di atas daerah yang menyakitkan dengan menggunakan gerakan melingkar, keringkan kulit dengan handuk sebagai es mencair, pijat daerah selama 5 sampai 7 menit. Pada kompres ini es dapat dikemas dengan berbagai cara. Es dalam pemakaiannya sebaiknya tidak kontak langsung dengan kulit dan digunakan dengan perlindungan seperti dengan handuk. Handuk juga diperlukan untuk menyerap es yang mencair. Indikasi kompres es adalah pada bagian-bagian otot lokal seperti tendon, bursa maupun bagian-bagian myofascial trigger Universitas Sumatera Utara point. Es dapat digunakan langsung untuk memijat atau untuk mematiraskan jaringan sebelum terapi pijat (Fondy 2012).

2. Ice pack/cold pack

Ice packs yang umum digunakan dalam aplikasi dingin harus digunakan dengan menempatkan handuk antara kulit dan cold pack untuk menjaga rasa dingin yang ekstrim selama kontak antara kulit dengan es. Pengobatan dingin dapat dilakukan selama 15-30 menit rata-rata sampai sensasi mati rasa dirasakan pada area yang sakit. cold pack harus diterapkan setidaknya selama 20 menit (Demir, 2012).

Pada prinsipnya cold pack merupakan kemasan yang dapat menyimpan es dan membuat es tersebut dapat terjaga dalam waktu relatif lama di luar freezer dari pada kemasan plastik. Terdapat dua jenis cold pack yaitu yang berbahan gel hypoallergenic dan yang berisi cairan atau kristal. Pada umumnya cold pack dapat dipergunakan selama 15 sampai 20 menit. Pada kemasan cold pack yang berupa plastik, diperlukan handuk untuk mengeringkan air kondensasi (Demir, 2012).

3. Kantong Air Es

Nyeri dapat berkurang dengan menempatkan dingin ke area yang sakit. Salah satu cara menerapkan dingin dengan menggunakan kantong air es. Kantong es tidak menggantikan obat nyeri. Kantong air es bekerja untuk membantu menghilangkan nyeri dengan lebih baik. Dengan meletakkan kantong air es selama 15-45 menit pada area yang sakit dapat membantu menurunkan nyeri, (Erns Nurjanah 2016).

4. Vapocoolant Spray

Vapocoolant spray merupakan semprotan yang biasanya berisi fluoromethane atau ethyl chloride sering digunakan untuk mengurangi nyeri akibat spasme otot serta meningkatkan range of motion (Arovah, 2010). Menurut Farion, Splinter, Newhook, Gaboury, dan Splinter (2008) Vapocoolant spray dapat digunakan dalam pengurangan nyeri secara cepat dan efektif dalam mengurangi nyeri penusukan intravena.

5. Cold baths / water immersion

Cold baths merupakan terapi mandi di dalam air dingin dalam jangka waktu maksimal 20 menit. Pada perendaman seluruh tubuh diperlukan tangki whirlpool. Pada terapi ini air dan es dicampur untuk mendapatkan suhu 10°C sampai dengan 15° C. Proses ini berlangsung sekitar 10 sampai dengan 15 menit. Ketika nyeri berkurang, terapi dihentikan dan dilanjutkan terapi lain seperti massage atau stretching. Pada saat nyeri kembali dirasakan, dapat dilakukan perendaman kembali. Dalam tiap sesi terapi, perendaman kembali dapat dilakukan sampai tiga kali ulangan (Gladys et al, 2011).

2.3.4 Mekanisme Kerja Kompres Dingin Untuk Menurunkan Nyeri

Mekanisme dalam menurunkan intensitas nyeri menggunakan terapi cold compress yaitu atas dasar teori endorphen. Endorphen diproduksi oleh tubuh sebagai zat penghilang rasa nyeri, dimana rasa nyeri yang dirasakan seseorang akan semakin ringan jika kadar endorphen seseorang tinggi. Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kadar endorphen yaitu massase, penekanan jari-jari, dan pemberian kompres hangat ataupun dingin (Suryani & Soesanto, 2020).

Terapi kompres dingin yang diberikan pada pasien dapat menstimulasi kulit sehingga dapat meningkatkan produksi endorphen didalam tubuh yang berfungsi sebagai zat penghilang rasa nyeri. Terapi pada studi kasus ini bisa mengurangi tingkat nyeri pada pasien fraktur tertutup sehingga meningkatkan kenyamanan pasien dalam melakukan aktivitas maupun istirahat (Suryani & Soesanto, 2020)

Sistem kerja kompres dingin yaitu menstimulasi permukaan kulit untuk mengontrol nyeri terapi dingin yang diberikan akan mempengaruhi impuls yang dibawa oleh serabut taktil A-Beta untuk lebih mendominasi sehingga “gerbang” akan menutup dan impuls nyeri akan terhalangi. Nyeri yang dirasakan akan berkurang atau menghilang sementara waktu (Sirait, 2019)

Selain itu, kompres dingin dapat menurunkan nyeri dan merelaksasi otot serta menurunkan kontraktilitas otot dengan cara menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi.⁹ Efek fisiologis terapi dingin dapat menurunkan suhu pada kulit dan jaringan yang berada dibawahnya serta dapat menyebabkan vasokonstriksi. Vasokonstriksi menurunkan aliran darah ke area yang terkena kemudian dapat mengurangi suplai oksigen serta metabolik, menurunkan kecepatan pembuangan zat sisa, dan menyebabkan pucat dan dingin pada kulit. Terapi dingin sering kali digunakan pada klien yang mengalami cedera olahraga (sprain, strain, fraktur) untuk menghambat pembengkakan dan perdarahan yang terjadi setelah cedera. Untuk memberikan efek terapeutik yang diharapkan (mengurangi nyeri), sebaiknya suhu tidak terlalu dingin (berkisar antara 15°C-18°C), karena suhu yang terlalu dingin dapat memberikan rasa yang tidak nyaman, frostbite atau membeku dan menyebabkan terjadinya fenomena pantulan yang seharusnya vasokonstriksi menjadi vasodilatasi (Mediarti et al, 2015).

1. Prosedur Terapi

Menurut Elia dan Ismonah (2018) prosedur terapi kompres dingin yaitu :

a. Alat dan bahan

- 1) Kantong es (*Ice bag*)
- 2) Baskom berisi potongan es
- 3) Perlak/alas
- 4) Lap kering

b. Cara pemberian kompres dingin

- 1) Isi kantong es dengan es yang sudah dipotong-potong sebanyak $\frac{1}{2}$ atau $\frac{1}{3}$ bagian kantong
- 2) Keluarkan udara dalam kantong es lalu tutup kantong
- 3) Tempelkan kantong es ke bagian tubuh yang ingin di kompres
- 4) Kompreskan selama 20-30 menit
- 5) Lakukan pengompresan sebanyak 1-2x dalam 1 hari

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 mei 2023 pukul 09.00 di Ruang Marjan Atas RSUD dr. Slamet Garut. Pengkajian dilakukan dengan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medis pasien.

A. Biodata Pengkaji

Nama Pengkajian : Surahmat
Tanggal Pengkajian : 15 Mei 2023
Ruang Pengkajian : Marjan Atas
Jam : 09.00 WIB
No. CM : 01313486

B. Identitas pasien dan keluarga

Nama : Tn. A
Umur : 17 Tahun
Jenis kelamin : Laki - laki
Alamat : Kadungora, Garut
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Pelajar
Agama : Islam
Status perkawinan : Belum Kawin

C. Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. B
 Umur : 49 Tahun
 Jenis kelamin : Laki - laki
 Alamat : Islam
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Agama : Islam
 Hubungan klien : Anak

D. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengeluh nyeri tangan bagian kanan

2. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan mengalami tabrakan pada hari minggu 14 mei 2023 pada saat mengalami kecelakaan klien sadar, klien mengatakan terdapat luka terbuka pada tangan bagian kanan klien langsung di bawa ke Puskesmas Kadungora untuk mendapatkan penanganan pertama, setelah mendapatkan penanganan klien langsung di rujuk ke RSUD dr. Slamet Garut untuk penanganan lebih lanjut. Klien mengeluh nyeri tangan bagian kanan nyeri bertambah jika bergerak, nyeri dirasakan seperti di sayat - sayat, nyeri tidak menyebar, skala nyeri dirasakan 5 (sedang) dari rentang 0-10, nyeri dirasakan sejak mengalami kecelakaan dan sering dirasakan pada siang hari.

3. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki penyakit apapun dan klien belum pernah mengalami patah tulang sebelumnya.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak mempunyai riwayat kesehatan dan penyakit yang diturunkan dari keluarga seperti hipertensi, DM, dan lain – lain.

5. Riwayat psikososial spiritual

Klien mengatakan sudah menerima dan pasrah atas apa yang terjadi pada dirinya dan menyerahkannya kepada allah SWT. Dan klien sudah menyerahkan segala sesuatu dan segala tindakan medis yang diberikan demi kesembuhan klien.

E. Riwayat ADL

ADL	Sebelum masuk RS	Di RS
Makan	Makan 2 x sehari	Makan 3x sehari
Minum	Minum 5-7 gelas perhari	Minum 4-6 gelas sehari
Personal hygiene	Mandi 2 x sehari Berpakain 2 x sehari	Mandi 1x sehari (waslap) Berpakain 1x sehari
Mobilisasi	Klien bisa beraktifitas seperti biasa : main, sekolah dan lain –lain	Klien mengatakan mengalami keterhambatan ketika bergerak. Klien mengatakan merasakan kekakuan pada pergelangan tangan.
Eliminasi	Klien Bak 3-5 x sehari Klien Bab 1x sehari	Klien Bak 1-3 x sehari Klien Bab 1x sehari

Exercise (olahraga)	Klien bisa beraktifitas dan berolah raga seperti biasanya	Klien mengatakan pada saat p tidak pernah melakukan olah raga.
Istirahat	Klien tidur 5- 6 jam perhari	Klien sering terbangun malam hari karena merasakan sakit.

F. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis GCS : 15 E : 4 V : 5 M : 6
3. TTV :

Tekanan darah : 127/89 mmHg

Nadi : 87 x/ menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 37,3

SPO2 : 98%

4. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Pernapasan

Terdapat luka laserasi pada bagian hidung, tidak terdapat benjolan pada hidung, tidak terdapat nyeri tekan pada hidung, pergerakan dinding dada simetris, tidak terdapat lesi, tidak ada tanda krepitasi, tidak teraba benjolan di dada, tidak ada nyeri tekan, tidak terdengar suara napas tambahan, suara napas vesikuler, perkusi sonok, RR : 20x/menit.

b. Sistem Kardiovaskuler

Tidak Nampak adanya peningkatan JPV, dada simetris, tidak ada lesi, nadi kuat, N : 87x/menit, CRT < 2 detik, perkusi redup, suara jantung normal S1=S2 lupdup, TD : 127/89 mmHg.

c. Sistem Pencernaan

Tampak sedikit luka laserasi pada bagian mulut, mukosa bibir kering, lidah bersih, gigi lengkap, Fungsi pengecapan baik, tidak ada nyeri menelan, leher simetris, tidak ada lesi, tidak terdapat lesi di perut, BU 15x / menit, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, perkusi timpani.

d. Sistem Perkemihan

Vesika urinaria teraba kosong, tidak ada nyeri tekan, fungsi perkemihan untuk mengeluarkan urin normal.

e. Sistem Endokrin

Tidak terdapat benjolan KGB, tidak terdapat benjolan pada kelenjar tiroid.

f. Sistem Pesyarapan

Pemeriksaan saraf 12 nervus cranial tidak ada gangguan.

g. Sistem Integumen

Terdapat luka laserasi di area wajah, tangan dan kaki, kulit tampak bersih tidak terdapat edema dibagian seluruh tubuh, turgor kulit baik, terdapat luka jahitan pada tangan.

h. Sistem musculoskeletal

Terdapat fraktur pada bagian tangan, klien mengatakan terdapat luka terbuka pada bagian tangan tertutup, ROM terbatas, kekuatan tonus

otot 5	4
5	5

Look : terdapat fraktur pada bagian tangan kanan, tertutup verban, rembes.

Feel : terdapat nyeri tekan, akral hangat, CRT <3 detik

Move : klien mengatakan, merasakan kaku dan nyeri saat bergerak.

i. Sistem Indra

Mata tidak terdapat lesi, tidak terdapat sekret fungsi penglihatan baik. Hidung bersih, tidak ada secret, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan, fungsi penciuman baik. Telinga bersih, tidak terdapat secret, fungsi pendengaran baik. Lidah bersih, fungsi pengecapan baik.

G. Pemeriksaan Diagnostik

1. Laboratorium

Tabel 3.1 Pemeriksaaan Diagnostik

Nama Test	Hasil	Unit	Nilai Normal
Hematologi			
Darah Rutin			
Hemoglobin	9,5	g/dL	13.0 – 18.0
Hematokrit	28	%	40 – 52
Lekosit	6,890	/mm ³	3,800 – 10,500
Trombosit	361,000	/mm ³	130,000 – 440,000
Eritrosit	3.13	Juta/mm ³	3.5 – 5.3
Kimia Klinik			

AST (SGOT)	21	U/L	s/d 37
ALT (SGPT)	11	U/L	s/d 40
Ureum	26	mg/dL	13 – 30
Kreatinin	0,7	mg/dL	0,7 – 1,3
GDS	77	mg/dL	< 140
Elektrolyte			
Natrium (Na)	133	mEq/L	135 – 145
Kalium (K)	1,9	mg/dL	3.6 – 5.5

2. Pemeriksaan lainnya

Radiologi : open fraktur complete, phalangeal digiti 1,2

Thorax : cor tidak membesar, sinuses dan diafragma normal, corakan bronkovaskuler normal.

H. Terapi pengobatan

Tabel 3.2 Terapi Pengobatan

No	Obat	Dosis	Waktu pemberian	Cara pemberian
1	keterolac	2 x 10 mg	06 : 30 - 18 : 30	1v
2	Ranitidin	2 x 1 amp	06 : 30 - 18 : 30	Iv
3	Ceftriakson	2 x 1 gr	06 : 30 - 18 : 30	Iv

I. Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS : klien mengatakan nyeri tangan bagian kanan, nyeri bertambah jika	Fraktur Phalang ↓ Pergeseran fragmen tulang	Nyeri Akut

bergerak, nyeri dirasakan seperti di sayat -sayat, nyeri tidak menyebar, nyeri dirasakan sejak mengalami kecelakaan dan sering dirasakan pada siang hari. DO : - klien tampak meringis - klien sering memegang area tangan yang fraktur - terdapat luka balutan pada tangan sebelah kanan. - Skala nyeri 5 (0-10)	↓ Agen pencedera fisik ↓ Stimulus substansi nyeri ↓ Stimulus dihantarkan ke medulla spinalis ↓ Nyeri di interpretasikan ↓ Nyeri akut	
DS : Klien mengatakan jari tangannya terasa nyeri DO : - Tampak adanya luka terbuka pada jari tangan - Luka tertutup verban dan tampak ada rembesan darah - Skala nyeri 5 (0-10)	Fraktur Phalang ↓ Pergeseran fragmen tulang ↓ Faktor mekanis (Laserasi kulit dan jaringan) ↓ Gangguan integritas kulit dan jaringan	Gangguan Integritas Kulit dan jaringan
DS : Klien mengatakan jari tangannya terasa nyeri,	Fraktur Phalang ↓ Pergeseran fragmen	Gangguan Mobilitas Fisik

sulit di gerakan, dan nyeri bertambah saat banyak bergerak DO : - Klien tampak lemah - ROM menurun - kekuatan tonus otot <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	4	5	5	tulang ↓ Kerusakan integritas struktur tulang ↓ Gangguan fungsi tulang ↓ Gangguan mobilitas fisik	
5	4					
5	5					
DS : - DO : - Tampak luka terbuka pada jari tangan - Luka tertutup verban dan ada rembesan darah	Fraktur phalang terbuka ↓ Laserasi kulit ↓ Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) ↓ Resiko Infeksi	Resiko Infeksi				

3.1.2 Diagnosa keperawatan

a. Nyeri akut b.d agen cedera fisik d.d

DS :

klien mengatakan nyeri tangan bagian kanan, nyeri bertambah jika bergerak, nyeri dirasakan seperti di sayat -sayat, nyeri tidak menyebar, nyeri dirasakan sejak mengalami kecelakaan dan sering dirasakan pada siang hari.

DO :

- klien tampak meringis
- klien sering memegang area tangan yang fraktur
- terdapat luka balutan pada tangan sebelah kanan.
- Skala nyeri 5 (0-10)

b. Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d faktor mekanis (laserasi kulit dan jaringan) d.d

DS :

Klien mengatakan jari tangannya terasa nyeri

DO :

- Tampak adanya luka terbuka pada jari tangan
- Luka tertutup verban dan tampak ada rembesan darah
- Skala nyeri 5 (0-10)

c. Gangguan mobilitas fisik b.d Kerusakan integritas struktur tulang d.d

DS :

Klien mengatakan jari tangannya terasa nyeri, sulit di gerakan, dan nyeri bertambah saat banyak bergerak

DO :

- Klien tampak lemah
 - ROM menurun
 - kekuatan tonus otot 5
- | | |
|---|---|
| 5 | 4 |
| 5 | 5 |

d. Resiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan Dan Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasioanal
1	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun dari skala 5 (sedang) menjadi ringan 2. Meringis menurun	1. Monitor skala nyeri, respon verbal dan non verbal serta faktor yang memperberat keluhan nyeri. 2. Memberikan tehnik non farmakologi manajemen nyeri dengan kopres air dingin. 3. Ajarkan tehnik farmakologi kopres air dingin pada klien. 4. Berikan obat analgesic sesuai advice yang diberikan.	1. Untuk mengaktivasi skala nyeri pada pasien 2. Untuk memberikan stimulus rangsangan nyeri ke talamus 3. Untuk memberikan edukasi 4. Untuk menekan rangsangan nyeri
2	Gangguan integritas kulit dan jaringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit membaik dengan Kriteria Hasil:	1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu	1. Untuk mengetahui penyebab kerusakan pada kulit 2. Untuk merelaksasi otot-

		1. Elastisitas kulit meningkat 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Perdarahan menurun 4. Pertumbuhan jaringan meningkat	- lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4. Anjurkan minum air yang cukup 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	- otot pada area fraktur 3. Untuk melembabkan kulit 4. Untuk menghidrasi atau mensuplai kebutuhan cairan klien 5. Untuk meningkatkan intake nutrisi pada klien
3	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan pergerakan ekstremitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. ROM meningkat 2. Kekakuan pada kaki menurun	1. Monitor keluhan nyeri dan keluhan yang memperberatlainya. 2. Monitor tanda – tanda vital. 3. Libatkan keluarga pasien dalam membantu klien dalam mobilitas . 4. Lakukan latihan ROM 5. Mengajarkan latihan ROM.	1. Untk mengetahui dan mengobservasi adanya keluhan dan memperberat masalah gangguan mobilitas fisik. 2. Untuk mengobservasi tanda – tanda vital pasien 3. Untuk mendukung dan memfasilitasi klien supaya

				kebutuhan mobilitas pasien terpenuhi 4. Untuk melakukan kekuatan tonus otot supaya tidak terjadi atropi pada otot lain. 5. Untuk memberikan edukasi.
4	Resiko Infeksi	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun, kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Bengkak menurun	1. Monitor dan jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Batasi kunjungan besuk pada klien 3. Berikan perawata luka 4. Perhatikan tehnik aseptik pada klien 5. Kolaborasi pemberian antibiotic 6. Ajurkan peningkatan nutrisi dan cairan	1. Untuk mengetahui adanya infeksi pada klien 2. Untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial 3. Untuk mencegahnya adanya infeksi pada luka pasien 4. Untuk mencegahnya adanya infeksi 5. Untuk mengobati adanya

				infeksi pada pasien. 6. Untuk mempercepat membentuk jaringan baru
--	--	--	--	---

3.1.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No Dx	Tanggal jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	15/5/23 21 : 00	1. Monitor skala, respon verbal dan non verbal , respon skala nyeri 5 terlihat meringis. 2. Memberikan tehnik non farmakologi dengan kopres air dingin , respon bila klien melakukan kompres air dingin 3. Mengajarkan cara mengopres air dingin 4. Memberikan obat analgetik 1x 10 mg IV	Jam, 06. 30 S : klien masih merasakan nyeri skala 5 (0-10) O : klien tampak meringis dan tampak memegang tangan kanan nya A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan tervensi	Surahmat
2	21:00	1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) 2. Melakukan pemijatan pada area penonjolan	Jam 06.30 S : klien masih merasa nyeri pada jari yang patah O : - Skala nyeri 5 (0-10) - Tampak adanya luka terbuka yang ditutupi verban - Masih terdapat rembesan darah	Surahmat

		tulang, jika perlu 3. Menganjurkan minum air yang cukup 4. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	pada verban A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi	
3	21: 00	1. Memonitor keluhan nyeri dan keluhan yang memperberat. Respon : skala nyeri 5 terlihat meringis 2. Monitor TTV Respon : TD : 110/69 , N : 87, R : 19 S : 36,7 , SPO2 : 98% 3. Melibatkan keluarga dalam membantu klien dalam mobilitas 4. Melakukan latihan ROM : isometris, tehnik krietik Respon : klien bisa mempraktekan 5. Mengajarkan latihan ROM	Jam, 06 : 30 S : Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada saat bergerak dan masih merasakan kaku pada bagian tangan kanan. O : Kekuatan tonus otot 5,4,5,5 klien masih mengalami keterhambatan aktivitas mandiri. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Surahmat
4	21:00	5. Memonitor tanda gejala infeksi Respon : edema +, rembes +, luka tertutup + 6. Membatasi kunjungan besuk pada klien	Jam , 06 : 30 S : - O : Balut verban +, rembes +,edema (+) nyeri tekan (+) A : Masalah belum	Surahmat

		7. Mempertahankan tehnik aseptik pada klien 8. Berkolaborasi dalam pemberian antibiotik.	teratasi P : Lanjutkan intervensi	
--	--	--	--	--

3.1.5 Catatan Perkembangan

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan

No Dx	Tanggal Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	16/05/23 08 : 00 09 :00 14 : 00	S : Klien mengatakan masih merasakan nyeri, skala 5 (0 – 10) O : Klien masih tampak meringis dan tampak sering memegang tangan kanan nya A : Masalah nyeri belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi I : 1. Memonitor skala, respon verbal dan non verbal 2. Memberikan tehnik kompres dingin 3. Memberikan obat analgetik keterolac 1 x 10 mg E : klien mengatakan nyeri masih ada, skala 2 (0 – 10) R : Lanjutkan Intervensi	Surahmat
2	08.00 09.00 14.00	S : klien masih merasa nyeri pada jari yang patah O : - Skala nyeri 5 (0-10) - Tampak adanya luka terbuka yang ditutupi verban - Masih terdapat rembesan darah pada verban A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi I : 1. Anjurkan minum air yang cukup 2. Anjurkan peningkatan nutrisi 3. Monitor karakteristik luka E : klien mengatakan nyeri masih ada, skala 2 (0-10)	Surahmat

1	18/05/23 14 : 00	S : Klien mengatakan nyeri berkurang O : Klien nampak sudah tidak meringis, skala nyeri 1 (0-10) A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan, pasien BLPL	Surahmat
2	14.00	S : klien mengatakan nyeri berkurang O : - Skala nyeri 1 (0-10) - Tampak jahitan pada luka terbuka - Tidak terdapat rembesan darah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di hentikan, pasien BLPL	Surahmat
3	14 : 00	S : Klien mengatakan nyeri berkurang, skala 1 klien sudah tidak merasa kaku O : Kekakuan tonus otot 5,4,5,5 klien masih mengalami keterbatasan dalam mobilitas fisik secara mandiri A : Masalah teratasi P : Lanjutkan intervensi mandiri dengan 1. Melakukan latihan ROM 2. Libatkan keluarga dalam aktivitas	Surahmat
4	14 : 00	S : (-) O : Balutan verban (+), edema (-), rembes (-), nyeri tekan (+) A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan, pasien BLPL dengan jadwal kontrol satu minggu kedepan, Pergantian terapi pengobatan dan tambahan ceptriakson 2x1mg (iv), diganti dengan cefixime 2x100mg (oral), Natrium Diclofenac 2x 50mg	Surahmat

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Pada proses pengkajian, penulis memperoleh data atau informasi dimulai ketika masuk keruangan Marjan Atas RSUD dr. Slamet Garut. Penulis melakukan kontrak dengan klien yang mengalami fraktur setelah operasi terkait ijin untuk diangkat sebagai kasus kelolaan atau studi kasus. Penulis mendapatkan ijin selanjutnya untuk teken kotrak waktu untuk melakukan pertemuan dalam rangka tahapan pengkajian hingga evaluasi keperawatan.

Menurut Rohman & Walid (2016) menyatakan bahwa tehnik mengupulkan data meliputi anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pengkajian dilakukan pada Tn. A dengan tehnik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang dilakukan secara kolaborasi dengan team laboratorium, farmasi, ahli gizi, dan radiologi. Tahapan pertama penulis melakukan bina hubungan saling percaya terlebih dahulu terhadap klien guna memperoleh ijin klien dengan cara menjelaskan tujuan asuhan keperawatan. Pengkajian pada Tn. A dengan mengedepankan aspek biologis,psiologis, sosial, dan spiritual. Sumber data yang diperoleh selama melakukan pengkajian pada Tn. A melalui anamnesia. Auto anamnesa penulis melakukan wawancara pada klien sendiri dan keluarga atau orang terdekatnya.

Hasil pengkajian pada Tn. A yaitu klien mengatakan nyeri tangan bagian kanan nyeri bertambah jika bergerak, nyeri dirasakan seperti di sayat -sayat, nyeri tidak menyebar, skala nyeri dirasakan 5 (sedang) dari rentang 1-10, nyeri dirasakan sejak mengalami kecelakaan dan sering dirasakan pada siang hari. Klien

juga mengatakan Klien mengatakan mengalami keterhambatan ketika bergerak. Klien mengatakan merasakan kekakuan pada pergelangan tangan. kekuatan tonus otot 5,4,5,5 Klien mengalami keterhambatan bergerak dan beraktivitas secara dibantu sama anggota keluarganya.

Manifestasi klinis dari fraktur plang seperti nyeri, hilangnya fungsi deformitas atau perubahan bentuk, krepitus. (UT Southwestern Medical Center 2016), hal ini sejalan dengan yang dialami klien. Klasifikasi fraktur menurut Sulistyaningsih (2016) berdasarkan ada dan tidaknya hubungan antara tulang dibagi menjadi fraktur terbuka dan tertutup. Hal ini sesuai yang dialami klien dengan fraktur plang di dextra. Nyeri terjadi karena luka yang disebabkan oleh patah tulang yang melalui jaringan sehat, nyeri fraktur menyebabkan pasien sulit untuk memenuhi *Activity Daily Living* (Kusumayanti, 2015), hal ini sejalan dengan yang dialami klien yaitu klien dibantu oleh keluarga dalam memenuhi kebutuhannya. Dalam teori Maslow menyebutkan bahwa kebutuhan fisiologi dasar manusia terdiri atas hygiene, istirahat tidur, nutrisi, oksigenasi, kenyamanan dan eliminasi.

Kebutuhan Psikologi merupakan kebutuhan dasar yang paling penting bagi manusia, karena ketika kebutuhan ini tidak terpenuhi maka manusia tidak memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan selanjutnya. (Porter & Perry 2010). Istirahat dan tidur cukup merupakan kebutuhan dasar bagi setiap orang agar tubuh dapat berfungsi dengan normal. Hal ini sesuai dengan klien yaitu tidak nyenyak tidur, pola tidur berubah, dan terbangun saat tidur malam hari. Klien

mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, jantung, DM, biasanya hanya demam dan batuk pilek biasa.

Pengajian yang telah dilakukan pada tanggal 15 mei 2023, penulis menemukan 3 masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan resiko infeksi. Pada hari kedua didapatkan masalah keperawatan baru yaitu gangguan pola tidur dan defisit pengetahuan. Faktor pendukung dalam memberikan asuhan pada klien adalah baik klien maupun keluarga sangat kooperatif serta adanya kerjasama dan hubungan yang baik antara klien dan perawat sehingga asuhan keperawatan lebih maksimal.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan pada umumnya meliputi tiga komponen yaitu P (*problem*), E (*etiologi*), dan S (*symptom*). Maka dari itu, diagnosa keperawatan yang muncul pada klien adalah sebagai berikut :

1. Nyeri Akut b.d agen cedera fisik d.d data subjektif klien mengatakan nyeri tangan bagian kanan, nyeri bertambah jika bergerak, nyeri dirasakan seperti di sayat -sayat, nyeri tidak menyebar, nyeri dirasakan sejak mengalami kecelakaan dan sering dirasakan pada siang hari. Sedangkan data objektif di dapatkan klien tampak meringis, klien sering memegang area tangan yang fraktur, terdapat luka balutan pada tangan sebelah kanan, dan Skala nyeri 5 (0-10). Data yang ditemukan tersebut merupakan data mayor dan minor dalam batasan karakteristik untuk menegakkan masalah keperawatan Nyeri Akut (PPNI, 2018).

2. Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d faktor mekanik (laserasi kulit dan jaringan) d.d data subjek klien mengatakan jari tangannya nyeri. Sedangkan data objektif di dapatkan klien di jari tangan klien tampak adanya luka terbuka, luka ditutupi verban dan tampak ada rembesan darah pada verban, skala nyeri 5 (0-10). Data yang ditemukan tersebut merupakan data mayor dan minor dalam batasan karakteristik untuk menegakkan masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan (PPNI, 2018).
3. Gangguan mobilitas fisik b.d Kerusakan integritas struktur tulang d.d data subjektif klien mengatakan jari tangannya terasa nyeri, sulit di gerakan, dan nyeri bertambah saat banyak bergerak. Sedangkan data objektif di dapatkan klien tampak lemah, ROM menurun, kekuatan tonus otot 5, 4, 5.
5. Adapun alasan mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik ini karena klien terdiagnosa medis fraktur plangk yang di sebabkan oleh prosedur fraktur pada bagian plangk atau jari telunjuk yang mengakibatkan keterbatasan pergerakan dan terjadi gangguan mobilitas fisik. Hal ini sejalan dengan penelitian (Sulistyowati & Handayani, 2012), bahwa pasien yang mengalami fraktur tidak dapat memenuhi kebutuhan secara mandiri disebabkan oleh keterbatasan gerak sendi.
4. Resiko Infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) dimana terdapat data tampak luka terbuka pada jari tangan, luka tertutup verban dan ada rembesan darah. Kerusakan integritas kulit pada pasien dengan fraktur sangat rentang terjadinya infeksi hal tersebut

terjadi karena rantai infesi terbuka melalui adanya port the entry infeksi pada pasien dengan fraktur.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

a. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (trauma)

Berdasarkan diagnosa yang telah dirumuskan, intervensi utama yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan intervensi pendukung yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Selain itu peneliti juga ingin melakukan kompres dingin untuk mengurangi intensitas nyeri pada luka yang disesuaikan berdasarkan jurnal *evidence based practice* (EBP) untuk mengatasi masalah keperawatan ini (PPNI, 2018).

Dengan dilakukannya intervensi tersebut diharapkan nyeri berkurang dan dapat teratasi dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan berdasarkan prinsip SMART yaitu meringis berkurang, skala nyeri menurun, demam menurun, pola tidur membaik serta tanda-tanda vital dalam batas normal.

b. Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d faktor mekanik

Berdasarkan diagnosa yang telah dirumuskan, intervensi utama yang dilakukan yaitu mengenai perawatan integritas kulit, dimana intervensi

yang dilakukan diantaranya identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas), lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

c. Gangguan mobilitas fisik b.d Kerusakan integritas struktur tulang

Berdasarkan diagnosa yang telah dirumuskan, intervensi utama yang dilakukan yaitu, monitor keluhan nyeri dan keluhan yang memperberat lainnya, monitor TTV dan libatkan keluarga dalam membantu klien dalam mobilisasi, lakukan latihan ROM dan mengajarkan latihan ROM.

d. Risiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
(kerusakan integritas kulit)

Setelah didapatkan data maka dapat dilakukan tindakan keperawatan sesuai kondisi klien dengan memberikan rencana tindakan sebagai berikut Pencegahan infeksi, Observasi : memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Teraupetik : membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, memertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Edukasi : menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan meningkatkan asupan cairan. Menurut

peneliti intervensi keperawatan tersebut sudah sesuai dengan diagnosa keperawatan (SDKI) yang diangkat dan berdasarkan tujuan serta kriteria hasil (SLKI) yang akan dicapai.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

a. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (trauma)

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah ini meliputi, mengobservasi tanda-tanda vital, memasang Infus, memberikan obat ketorolac 1x10mg dengan dosis 1cc dan cepotriakson 2x 1grm, omeprazole 1 x40 mg, diberikan melalui intravena sesuai advis dokter, kemudia memonitor tetesan infus. Selain itu, peneliti juga melakukan tindakan kompres dingin pada area luka untuk mengurangi intensitas nyeri pada luka.

Pada tanggal 15 Mei 2022, penerapan kompres dingin untuk mengurangi intensitas nyeri pada Tn.A telah dilakukan oleh peneliti. Hasil pengkajian sebelum dilakukan tindakan tersebut, klien meluh jari kanannya nyeri tidak bisa digerakan, nyeri dirasakan berdenyut-denyut, dengan skala nyeri 5 (0-10), nyeri dirasakan saat ini tidak hilang-hilang. Akan tetapi, setelah dilakukannya pemberian kompres dingin pada luka menunjukkan hasil positif dimana klien mengatakan lebih enak dan terasa dingin pada bagian luka sehingga nyeri yang dirasakan menjadi berkurang tidak terlalu prah meskipun masih dirasakan bedenyut-denyut. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rana *et al* (2012) bahwa tujuan utama dilakukannya tindakan kompres dingin pada luka yaitu untuk

mengetahui efektivitas penerapan tindakan tersebut untuk menurunkan intensitas nyeri pada area fraktur.

b. Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d faktor mekanik

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi gangguan integritas kulit dan jaringan pada pasien diantaranya yaitu mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas), melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, menyarankan penggunaan produk berbahan minyak pada kulit kering, menganjurkan minum air yang cukup, dan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Intervensi tersebut mendukung proses penyembuhan luka sehingga dapat memulihkan integritas kulit yang rusak karena adanya luka terbuka yang di akibatkan oleh fraktur.

c. Gangguan mobilitas fisik b.d Kerusakan integritas struktur tulang

Adapun tindakan yang diberikan yaitu memfasilitasi melakukan pergerakan pada klien dengan memberikan latihan rentang gerak (pasif) dengan tujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk. Jaringan otot yang memendek akan memanjang secara perlahan apabila dilakukan latihan range of motion dan jaringan otot akan mulai beradaptasi untuk mengembalikan panjang otot kembali normal dan telah di aplikasikan kepada klien memberikan pengaruh yang sangat baik dan memberikan posisi semifowler dan selalu

melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Hal ini sejalan dengan penelitian Ermawan (2016) bahwa pada pasien yang mengalami keterbatasan gerak sendi dapat dipulihkan secara bertahap dengan melakukan range of motion (ROM) dan penelitian (Lestari, 2017), bahwa keterbatasan aktivitas dan kelemahan otot bisa terjadi apabila pasien hanya baring di tempat tidur tidak melakukan aktivitas dapat mempengaruhi kekuatan otot, maka dari itu kita memberi pemahaman kepada pasien untuk melakukan aktivitas. Menurut (Tarwoto & Wartonah, 2015), bahwa dengan posisi semi Fowler memberikan rasa nyaman.

d. Risiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)

Adapun tindakan yang diberikan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik untuk melihat apakah ada atau tidak tanda maupun gejala infeksi ditandai dengan kemerahan (rubor), bengkak (tumor), nyeri (dolor), panas (kalor), rembesan, dan fungsi lasea. Mengajarkan pada klien cara memeriksa kondisi luka dengan melihat tanda dan gejala infeksi baik dari kemerahan, bengkak nyeri, panas dan fungsi lasea. Mengajarkan dan membatasi Besuch pada klien mempertahankan teknik aseptik meningkatkan asupan nutrisi dengan meningkatkan protein pada pasien untuk kesembuhan luka operasi dan menyarankan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari dehidrasi.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Situmorang, 2012), dengan mengonsumsi protein akan membantu terbentuknya sel-sel baru didalam jaringan tubuh.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Ketiga diagnosis keperawatan pada Tn. A teratasi dan ada beberapa yang tidak diimplementasikan karena harus sesuai dengan keadaan klien baik tanda gejala mayor maupun minor. Pada tahap evaluasi keperawatan ini penulis menyimpulkan bahwa berdasarkan hasil pemberian asuhan keperawatan yang telah dilakukan dalam 3 hari masalah nyeri lebih cepat teratasi dibandingkan dengan masalah lain, menurut penulis hal tersebut terjadi karena adanya intervensi kompres dingin yang membuat masalah nyeri selain menggunakan terapi farmakologi dibandingkan dengan dua diagnosa lainnya, masalah gangguan integritas kulit/jaringan dan resiko infeksi penyelesaiannya masih memerlukan waktu yang lebih lama. Asumsi peneliti masalah tersebut terjadi karena proses penyembuhan luka pasien memerlukan waktu yang cukup lama, sehingga perlu dimonitor lebih lanjut.

3.3 Pembahasan *Evidence Based Practice* (EBP)

Dalam pembahasan *evidence based practice* pemberian terapi kompres dingin menggunakan metode PICOT (*Problem/Population, Intervension, Comperasion, Outcome and Time*) dari telaah literature yang telah penulis lakukan, adapun hasil analisis sebagai berikut :

Tabel 3.7 Analisis Pembahasan *Evidence Based Practice* Dengan Metode PICOT

No	Artikel Penelitian	<i>Population</i> (P)	<i>Intervention</i> (I)	<i>Comperasion</i> (C)	<i>Outcome</i> (O)	<i>Time</i> (T)
1	Efektifitas Kompres Dingin Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Di RSUD UNGARAN (Elia Purnamasari dan Ismonah, 2018)	Dalam penelitian ini populasi yang digunakan sebanyak 21 pasien dengan fraktur	Dalam penelitian ini intervensi yang diberikan yaitu kompres dingin pada pasien dengan fraktur	Dalam penelitian ini tidak ada intervensi pembandingan yang dilakukan	Sebelum diberikan kompres dingin semua responden mengalami nyeri sedang dengan skala 4-6. Sedangkan setelah diberikan kompres dingin di dapatkan hasil 19 responden (90,5%) mengalami nyeri ringan dan 2 responden (9,5%) mengatakan tidak nyeri. Dengan P-value = 0,000 (<0,05).	Dalam penelitian ini waktu yang digunakan dalam pemberian intervensi yaitu selama 1 kali kompres selama 20-30 menit dalam sehari selama 3 hari

2	Penerapan Kompres Dingin Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Fraktur (Trio Hardianto dan Sapti Ayubbana, 2022)	Dalam penelitian ini populasi yang digunakan sebanyak 2 pasien dengan fraktur	Dalam penelitian ini intervensi yang diberikan yaitu kompres dingin pada pasien dengan fraktur	Dalam penelitian ini tidak ada intervensi pembandingan yang dilakukan	Hasil penerapan menunjukkan skala nyeri sebelum dilakukan intervensi pasien mengalami nyeri pada skala 6 dan 7. Sedangkan setelah diberikan kompres dingin pasien mengalami penurunan skala nyeri menjadi 2 dengan P-value = 0,002 (< 0,05)	Dalam penelitian ini waktu yang digunakan dalam pemberian intervensi yaitu selama 1 kali kompres selama 20-30 menit dalam sehari selama 3 hari
3	Pengaruh Kompres Dingin Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Di RSU Gunung Jati (Citra Amelia, 2021)	Dalam penelitian ini populasi yang digunakan sebanyak 6 pasien dengan fraktur	Dalam penelitian ini intervensi yang diberikan yaitu kompres dingin pada pasien dengan fraktur	Dalam penelitian ini tidak ada intervensi pembandingan yang dilakukan	Sebelum diberikan kompres dingin, hasil pengukuran skala nyeri semua pasien mengalami nyeri sedang (5-6). Sedangkan setelah diberikan intervensi semua pasien mengalami	Dalam penelitian ini waktu yang digunakan dalam pemberian intervensi yaitu selama 1 kali kompres selama 20 menit dalam sehari selama 2

					penurunan intensitas nyeri menjadi skala 3-4. Dengan P-value = 0,046 ($<0,05$)	hari
4	<i>The Effect Of Cold Compress On Pain Intensity In Fractured Patients</i> (Seventina, 2019)	Dalam penelitian ini populasi yang digunakan sebanyak 35 pasien dengan fraktur	Dalam penelitian ini intervensi yang diberikan yaitu kompres dingin pada pasien dengan fraktur	Dalam penelitian ini tidak ada intervensi pembanding yang dilakukan	Hasil penelitian menunjukkan skala nyeri pasien sebelum diberikan intervensi terdapat pada skala 4-6 sedangkan setelah dilakukan intervensi skala nyeri pasien mengalami perubahan yaitu sebanyak 33 pasien (94,3%) mengalami penurunan skala nyeri menjadi 1-3 dan 2 pasien (5,7%) masih mengalami nyeri sedang dengan skala 4-5.	Dalam penelitian ini waktu yang digunakan dalam pemberian intervensi yaitu selama 3 kali kompres selama 30 menit dalam sehari selama 3 hari

					Dengan p-value = 0,001 (<0,05)	
5	<i>The Effect Of Cold Compression On The Reduction Of Pain Intensity In The Patient With Fracture</i> (Noyra, 2021)	Dalam penelitian ini populasi yang digunakan sebanyak 30 pasien dengan fraktur	Dalam penelitian ini intervensi yang diberikan yaitu kompres dingin pada pasien dengan fraktur	Dalam penelitian ini tidak ada intervensi pembanding yang dilakukan	Berdasarkan hasil quasi eksperimental dengan pre test dan post test, diperoleh p-value = 0,000 (<0,05) sehingga terapi ini memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri	Dalam penelitian ini waktu yang digunakan dalam pemberian intervensi yaitu selama 1 kali kompres selama 20 menit dalam sehari selama 2 hari

Berdasarkan hasil analisis artikel yang telah dilakukan menggunakan metode analisis PICOT. Semua penelitian membahas terkait pemberian intervensi dengan terapi kompres dingin. Penelitian yang ditulis oleh Elia Purnamasari dan Ismonah (2018) dengan judul “Efektifitas Kompres Dingin Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Di RSUD UNGARAN”, Trio Hardianto dan Sapti Ayubbana (2022) dengan judul “Penerapan Kompres Dingin Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Fraktur”, Citra Amelia (2021) dengan judul “Pengaruh Kompres Dingin Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Di RSUD Gunung Jati”, Seventina (2019) dengan judul “*The Effect Of Cold Compress On Pain Intensity In Fractured Patients*”, dan penelitian Noyra (2021) dengan judul penelitian “*The Effect Of Cold Compression On The Reduction Of Pain Intensity In The Patient With Fracture*”. Dari kelima artikel yang sudah di analisis mengenai pengaruh kompres dingin terhadap penurunan nyeri pada pasien fraktur. Di dapatkan 4 jurnal dengan desain penelitian *Pre Experimental one group pre test post test* dan 1 penelitian menggunakan desain studi kasus. Meskipun ada perbedaan desain penelitian, namun kelima jurnal tersebut menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri pada pasien fraktur.

Mekanisme dalam menurunkan intensitas nyeri menggunakan terapi cold compress yaitu atas dasar teori endorphen. Endorphen diproduksi oleh tubuh sebagai zat penghilang rasa nyeri, dimana rasa nyeri yang dirasakan seseorang akan semakin ringan jika kadar endorphen seseorang tinggi. Salah cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kadar endorphen yaitu pemberian kompres dingin (Suryani & Soesanto, 2020).

Sistem kerja kompres dingin yaitu menstimulasi permukaan kulit untuk mengontrol nyeri dengan terapi dingin yang diberikan akan mempengaruhi impuls yang dibawa oleh serabut taktil A-Beta untuk lebih mendominasi sehingga “gerbang” akan menutup dan impuls nyeri akan terhalangi. Untuk memberikan efek terapeutik yang diharapkan (mengurangi nyeri), sebaiknya suhu tidak terlalu dingin (berkisar antara 15°C-18°C), karena suhu yang terlalu dingin dapat memberikan rasa yang tidak nyaman, frostbite atau membeku dan menyebabkan terjadinya fenomena pantulan yang seharusnya vasokonstriksi menjadi vasodilatasi (Rana et al, 2012). Sehingga, nyeri yang dirasakan akan berkurang atau menghilang sementara waktu (Sirait, 2019).

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan proses keperawatan maka dapat disimpulkan :

1. Berdasarkan pengkajian didapatkan data fokus klien mengeluh nyeri dibagian tangan kanan, nyeri bertambah jika klien bergerak, nyeri dirasakan seperti disayat – sayat, nyeri tidak menyebar, dengan skala nyeri 5 serta nyeri dirasakan sejak mengalami kecelakaan dan sering dirasakan pada siang hari. Klien tampak meringis dan sering memegang area tangan, terdapat luka balutan pada tangan jari kanan.
2. Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan, penulis merumuskan masalah keperawatan yang muncul pada klien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, dan risiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit).
3. Setelah didapatkan masalah keperawatan apa saja yang muncul, penulis merencanakan asuhan keperawatan apa yang akan dilakukan pada klien yaitu manajemen nyeri melakukan tindakan kompres dingin.
4. Berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang dibuat, penulis melakukan implementasi keperawatan yang dilakukan intervensi terdapat faktor pendukung dan penghambat. Pendukung pasien kooperatif ketika diberikan

intervensi, faktor penghambat keluhan nyeri pada klien sering terjadi dilain waktu ketika penulis tidak melaksanakan piket.

5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, penulis selanjutnya mengevaluasi hasil dari implementasi yang diberikan pada klien dengan menyimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 hari perawatan capaian lingkup evaluasi diagnosa nyeri lebih cepat teratasi dibandingkan dengan dua diagnosa satu dan dua.
6. Berdasarkan hasil pemberian askep pemberian kompres dingin terbukti bisa mengatasi intensitas nyeri pada pasien kelolan penulis.

4.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis memberikan beberapa saran sebagai bahan pertimbangan dan pemikiran yang berguna dalam meningkatkan pelayanan keperawatan yang diberikan. Adapun saran tersebut sebagai berikut :

1. Perawat

Perawat dapat melakukan asuhan keperawatan secara komperhensif pada klien dengan kasus *faktur* sehingga data yang didapatkan berupa data yang valid sesuai dengan masalah klien dibuktikan dengan *Evidance Based Practice* dari jurnal “Pengaruh Teknik Kompres Dingin Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Fraktur” dimana implementasi yang diberikan kepada pasien fraktur dalam mengatasi nyeridengan mengajarkan teknik kompres dingin yanag efektif dengan tingkat keberhasilan. Diharapkan perawat di Rumah Sakit dapat menerapkan tindakan iniuntuk mengurangi rasa nyeri pada klien.

2. Klien dan keluarga

Diharapkan klien dan keluarga untuk tetap kooperatif dalam menjalin hubungan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan, agar dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada klien serta dapat meningkatkan derajat kesehatan klien dengan ilmu yang diterima.

3. Bagi mahasiswa

Sebagai calon tenaga perawat profesional, hendaknya mahasiswa keperawatan dapat mempergunakan tempat mereka mendapatkan ilmu dengan semaksimal mungkin, sehingga dalam melakukan tindakan keperawatan harus didasari dengan teori.

4. Bagi Intansi

Diharapkan menjadi tambahan kepustakaan untuk memperkaya pustaka yang sudah ada sehingga dapat dimanfaatkan serta berguna untuk peserta didik berikutnya dalam proses pembelajaran dan dapat dijadikan sebagai bahan bacaan untuk peningkatan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan khususnya keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, L & Reskita, R. (2018). Pengaruh Teknik Kompres Dingin Dalam terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Fraktur 264 Jurnal Kesehatan, Volume 9, Nomor 2, Agustus 2018, hlm 262-266
- Barca,I. Colangeli,W.Cristofaro,M.G. Giudice,M. Giofrè,E.Varano,A.,Mario Giudice (2016). *Effects Of Cold Therapy In The Treatment Of Mandibular Angle Fractures: Hilotherm System Vs Ice Bag. Ann. Ital. Chir., 2016 87: 411-416*
- Dinas Satuan Lalu Lintas (2016). Angka Kejadian Kecelakaan Lalu Lintas Di Indonesia Tahun 2015-2016 Terhadap Kejadian Cedera Pada Masyarakat. Rakerja, 2016.
- Febriani, A. (2017). Konsep Fraktur Phalange. In Laporan Pendahuluan (1st Ed., Pp. 1–34). Universitas Jendral Soedirman.
- Gladys L. Y. Cheing,¹ Jolly W. H. Wan² and Sing Kai Lo (2011). Ice And Pulsed Electromagnetic Field To Reduce Pain And Swelling After Distal Radius Fractures. J Rehabil Med 2011; 37: 372–377
- Kemenkes RI. (2015). Pusat Data Dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. Fraktur Phalange, 1(6), 2018. Wwww.Kemenkes.Go.Id
- Kristini, T., & Hamidah, R. (2020). Potensi Terjadinya Fraktur Pada Pengendara
- Mediarti, D., Rosnani, Sepriant.,S.M (2015). Pengaruh Pemberian Kompres

Dingin Terhadap Nyeri Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Tertutup Di Igd Rsmh Palembang Tahun 2012. Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan, Volume 2, No. 3, Oktober 2015:253-260

Melizza, N. (2018). Pengaruh Intervensi Kompres Dingin untuk menurunkan Intensitas Nyeri Pada Penderita Fraktur Phalange [Universitas Airlangga]. In Thesis. <http://Repository.Unair.Ac.Id/77030/2/Tkp> 27_18 Mel P.Pdf

PPNI. (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) (1 Ed., Vol. 1).Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2016). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (1 Ed., Vol. 1).Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (2 Ed., Vol. 1).Jakarta: DPP PPNI.

Rana,M., Gellrich, N.C., See,C.v., Weiskopf,C., Gerressen,M., Ghassemi,A., Modabber,A. (2012). 3D evaluation of postoperative swelling in treatment of bilateral mandibular fractures using 2 different cooling therapy methods: A randomized observer blind prospective study. Journal of Cranio-Maxillo- Facial Surgery. 1-7.

Rahmaniar, D. S. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Fraktur Phalange Di Ruang Bedah IGD RSUD Dr. M. Djamil Padang. Karya Tulis Ilmiah, 1(1), 1–113.

Rinawati. Harahap, A.A., Alfiansyah,D., Nurrahman,A., Ritonga,Y.s., Azzam, R (2021). Cold Compresses on Patient with Fracture: Systematic Review.

STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan. Vol.10 No.1 May 2021 Page. 1320-1328

Saputra, E (2018). Buku Ajar Fraktur, Askep Dan Perawatan Luka (1st Ed.).Stikes Widya Dharma Husada Tangerang.

Sirait, H.S. (2019). Pengaruh Kompres Dingin Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Di Rsu Gunung Jati Cirebon Tahun 2018. Syntax Idea : Jurnal Ilmiah Indonesia P-Issn: E-Issn : Vol. 1, No. 1 Mei 2019

Sri, K (2018). Pengaruh Kompres Air Dingin (Es) Terhadap Persepsi Nyeri Pada Pasien Fraktur Di Rsud Labuang Baji Makassar. JIKKHC Vol. 02/No.02/Juni-2018

Sumadi, P., Laksmi, I.A., Putra, P.W., Suprpta,M.A (2020). Pengaruh Pelatihan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan Terhadap Pengetahuan Penanganan Fraktur Pada Anggota PMR Di SMP Negeri 2 Kuta Utara. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah 5 (1) 2020

Suryani, M., & Soesanto, E. (2020). Studi Kasus : Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Tertutup Dengan Pemberian Terapi Kompres Dingin. Ners Muda, Vol 1 No 3, Desember 2020/ page 172-177

Tika, M., & Cahyati, W. H. (2019). Konsep Dasar, Karakteristik Penderita, dan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Phalange. Higeia Journal Of Public Health Research And Development, 3(4), 625–634.

Widyanto, F. C., & Triwibowo, C. (2013). Trend Disease : Fraktur (1st Ed., Pp.

1– 217). Trans Info Media.

World Health Organization. (2016). Retrieved From Review Of The Performance And Progress Of The Cold Compress For Fracture Patient.

Programme In Indonesia: <https://www.Who.Int/Indonesia>

Lampiran

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

Nama Pembimbing : Zahara Farhan, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Judul KIA : Analisis Asuhan Keperawatan Fraktur Medial Phalange
Dextra Pada Tn. A Dengan Kompres Dingin Untuk
Mengurangi Intensitas Nyeri Pada Luka Di Ruang Marjan
Atas RSUD dr. Slamet Garut

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	TTD
1	01 Juli 2023	BAB III	1. Lengkapi data hasil pengkajian 2. Tujuan dan kriteria hasil harus jelas dan menggunakan metode SMART 3. Perbaiki redaksi dan Intervensi 4. Tambahkan rasional 5. Sesuaikan implementasi dan intervensi 6. Perbaiki teknik penyusunan pembahasan 7. Perbaiki simpulan	

			dengan mengacu kepada tujuan	
			8. Saran harus lebih operasional	
2	07 Juli 2023	BAB I	1. Perbaiki penyusunan BAB I 2. Manfaat harus lebih operasional dan naratifkan	
3	18 Juli 2023	BAB I BAB II	1. BAB I Acc 2. Perbaiki penulisan BAB II 3. Konsep dasar askep fokuskan langsung pada kasus 4. Lengkapi paparan teori dan sumber 5. Mulai susun BAB IV	
4	25 Juli 2023	BAB II	1. BAB II Acc 2. Sisa BAB IV	
5	14/07/23 14/08-23	Draf KIA Lengkap	Acc ujian endang KIA	