

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Tn. T DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *CLOSE FRACTURE OF RIB*
DI RUANG G1 RSPAL dr. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :

**ALI MIFTAH
NIM. 2021003**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Tn. T DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *CLOSE FRACTURE OF RIB*
DI RUANG G1 RSPAL dr. RAMELAN
SURABAYA**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar
Ahli Madya Keperawatan (AMd. Kep)**



Oleh :

**ALI MIFTAH
NIM. 2021003**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ali Miftah
NIM : 2021003
Tempat Dan Tanggal Lahir : Pati, 07 Agustus 1986
Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn. T Dengan Diagnosa Medis *Close Fracture of Rib* Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 21 Februari 2023
Yang Menyatakan,

Ali Miftah
NIM. 2021003

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Ali Miftah

NIM : 2021003

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Tn. T
Dengan Diagnosa Medis *Close Fracture of Rib* Di Ruang G1
RSPAL
dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan - perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ilmiah ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd. Kep)

Pembimbing Institusi

Pembimbing Klinik

Imroatul Farida, S. Kep., Ns., M. Kep
NIP. 03028

Amy Ardianti, S. Kep., Ns., M. Tr. Kep
Penata III/C NIP. 197901242006042001

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S. Kep., Ns., M. Kes
NIP. 30007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 21 Februari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Ali Miftah

NIM : 2021003

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Tn. T
Dengan Diagnosa Medis *Close Fracture of Rib* Di Ruang G1
RSPAL
dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang
Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Selasa, 21 Februari 2023

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh GELAR AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D3
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Faridah, SST., M. Kes
NIP. 197212122005012001

Penguji II : Amy Ardianti, S. Kep., Ns., M. Tr. Kep
Penata III/C NIP. 197901242006042001

Penguji III : Imroatul Farida, S. Kep., Ns., M. Kep
NIP. 03028

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S. Kep., Ns., M. Kes
NIP. 30007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 21 Februari 2023

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien Tn. T dengan diagnosa medis *Close Fracture of Rib* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan D3 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature serta mendapatkan banyak pengaruh dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J, Sp. Pd. Finasim, MM, selaku Kepala Rumkital dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Laksamana Pertama (Purn.) Dr. AV Sri Suhardiningsih., S. Kep., M. Kes. Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan D3 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan D3 Keperawatan.
4. Ibu Dya Sustrami, S. Kep., Ns., M. Kes selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan D3 Keperawatan serta selalu memberikan dorongan penuh serta wawasan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Faridah, SST., M. Kes, sebagai ketua penguji yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan D3 Keperawatan.
6. Ibu Amy Ardianti, S. Kep., Ns., M. Tr. Kep, sebagai penguji dan pembimbing I yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan D3 Keperawatan.
7. Ibu Imroatul Farida, S. Kep., NS., M. Kep selaku penguji dan pembimbing II yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Bapak/ Ibu dosen, staf, dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi dan telah membimbing selama menuntut ilmu di Program Studi Pendidikan D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

9. Ibu Amy Ardianti, S. Kep., Ns., M. Tr. Kep selaku kepala ruangan G1 Rumkital dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penyusunan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas memberikan bantuan selama menjalani studi dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Bapak (Alm.) dan Ibu tecinta, saudara dan seluruh keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberikan motivasi setiap hari.
12. Sahabat-sahabat seperjuangan dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat dalam penyusunan karya tulis ini, serta seluruh kumara 26 dan seluruh sahabat yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Penulis berusaha untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Namun penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan. Akhirnya penulis berharap bahwa Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Robbal Alamiin.

Surabaya, 21 Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
KARYA TULIS ILMIAH	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Akademis	4
1.4.2 Secara Praktis	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Anatomi Fisiologi.....	8
2.1.1 Pengertian Tulang Rusuk	8
2.1.2 Klasifikasi	8
2.1.3 Fungsi Tulang Rusuk	9
2.2 Konsep Penyakit.....	10
2.2.1 Pengertian Fraktur	10

2.2.2	Klasifikasi Fraktur.....	10
2.2.3	Etiologi.....	12
2.2.4	Tanda Dan Gejala.....	13
2.2.5	Patofisiologi	14
2.2.6	WOC	15
2.2.7	Komplikasi	16
2.2.8	Pemeriksaan Penunjang	16
2.2.9	Penatalaksanaan	17
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan.....	18
2.3.1	Pengkajian.....	18
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	24
2.3.3	Intervensi Keperawatan dan Rasional	25
2.3.4	Implementasi Keperawatan.....	37
2.3.5	Evaluasi Keperawatan.....	37
BAB 3	TINJAUAN KASUS	38
3.1	Pengkajian	38
3.1.1	Identitas Pasien	38
3.1.2	Keluhan Utama.....	38
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	38
3.1.4	Riwayat Penyakit Dahulu.....	39
3.1.5	Riwayat Kesehatan Keluarga	39
3.1.6	Riwayat Alergi	40
3.1.7	Keadaan Umum.....	40
3.1.8	Pemeriksaan Fisik	40
3.1.9	Pemeriksaan Penunjang	43
3.2	Analisa Data	45
3.3	Prioritas Masalah	46
3.4	Intervensi Keperawatan	47
3.5	Implementasi Keperawatan Dan Catatan Perkembangan.....	49
BAB 4	PEMBAHASAN	56
4.1	Pengkajian	56
4.1.1	Identitas	56
4.1.2	Keluhan Utama.....	56
4.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	57

4.1.4	Riwayat Penyakit Dahulu.....	58
4.1.5	Riwayat Kesehatan Keluarga	58
4.1.6	Pemeriksaan Fisik	58
4.1.7	Pemeriksaan Penunjang	61
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	62
4.3	Intervensi Keperawatan	64
4.4	Implementasi Keperawatan	67
4.5	Evaluasi Keperawatan	70
BAB 5 PENUTUP.....		74
5.1	Kesimpulan.....	74
5.2	Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA		80
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) KOMPRES HANGAT		85
LEAFLET MANAJEMEN NYERI.....		87

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Hasil Laboratorium	43
Tabel 2 Terapi medik	44
Tabel 3 Analisa data.....	45

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Anatomi tulang rusuk (Jume, 2022).....	8
Gambar 2 Patah tulang rusuk tertutup.....	12
Gambar 3 Walk of Caution (Andri et al., 2019; Zuriati, 2019)	15
Gambar 4 Genogram.....	40

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standar Prosedur Operasional (SPO) Kompres Hangat (PPNI, 2021)	85
Lampiran 2 Leaflet Manajemen Nyeri	87
Lampiran 3 Motto dan Persembahan	88

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur costa atau patah tulang iga adalah cedera pada dada karena trauma benda tumpul, tajam atau kondisi patologis yang menyebabkan patah tulang rusuk dan menunjukkan keparahan yang dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas (Wahyuni et al., 2022). Trauma jaringan lunak muskuloskeletal dapat berupa vulnus (luka), perdarahan, memar (kontusio), regangan atau robekan parsial (sprain), putus atau robekan (avulsi atau rupture), gangguan pembuluh darah dan gangguan saraf (Mahartha et al., 2017). Fraktur merupakan ancaman potensial atau nyata bagi integritas seseorang, sehingga mereka mengalami gangguan fisiologis dan psikologi (Zahro, 2021).

World Health Organization (WHO) mencatat lebih dari 5 juta orang meninggal setiap tahunnya dan sekitar 1,3 juta orang mengalami kecacatan fisik akibat fraktur tertutup (Febrina et al., 2023). Sedangkan di Indonesia tahun 2021 kasus fraktur sebanyak 1.775 orang (3,8%) dari 14.127 trauma benda tajam atau benda tumpul yang mengalami fraktur costa sebanyak 236 orang (1,7%). Fraktur merupakan penyebab kematian ketiga di Indonesia setelah penyakit jantung koroner dan tuberculosis (Zahro, 2021). Berdasarkan arsip kasus rekam medik RSPAL dr. Ramelan Surabaya, semua pasien dengan kasus fraktur yang datang ke RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada bulan Oktober 2022 sampai dengan bulan Januari 2023 dengan jumlah 55 kasus 4 diantaranya adalah fraktur tulang rusuk tertutup. Sedangkan untuk data pasien fraktur tulang rusuk tertutup di ruang G1 antara bulan oktober 2022 sampai bulan januari 2023 hanya ditemukan satu pasien dengan kasus

fraktur tulang rusuk tertutup dari 428 pasien.

Penyebab fraktur adalah trauma benda tumpul maupun benda tajam, fraktur patologis, terjadi karena adanya suatu kondisi penyakit, fraktur stress terjadi lebih sering pada atlet, cedera non-kecelakaan pada anak-anak biasanya fraktur posterior, resusitasi kardiopulmoner (CPR), biasanya terjadi pada costa 1 dan 3. Patah tulang rusuk janin, disebabkan oleh displasia tulang, fraktur tulang rusuk akibat radiasi, fraktur tulang rusuk spontan. (Feger, 2021). Fraktur tersebut jika tidak segera ditangani akan mengakibatkan syok, yang berakibat fatal hanya dalam beberapa jam setelah kejadian, kemudian emboli lemak yang dapat terjadi dalam 48 jam, serta sindrom kompartmen yang berakibat kehilangan fungsi ekstremitas secara permanen jika terlambat ditangani. Penyatuan tulang yang mengalami patah akan terlambat, bahkan tidak ada penyatuan. Penyatuan tulang yang terlambat atau lebih lama dari perkiraan berhubungan dengan adanya proses infeksi sistemik dan tarikan jauh pada fragmen tulang. Sedangkan tidak terjadinya penyatuan tulang diakibatkan karena kegagalan penyatuan pada ujung-ujung tulang yang mengalami patahan (Zuriati, 2019). Komplikasi yang terjadi pada paru adalah pneumotoraks, hemotoraks, flailchest, dan memar paru atau pneumonia (Zhang et al., 2019).

Penatalaksanaan fraktur costa adalah dengan rekognisi (mengenali), reduksi (mengembalikan), retaining (mempertahankan), dan rehabilitasi. Agar penanganannya baik, perlu diketahui kerusakan apa saja yang terjadi, baik pada jaringan lunak maupun tulangnya. Mekanisme trauma juga harus diketahui, apakah akibat trauma tumpul atau tajam, langsung atau tak langsung. Reduksi berarti mengembalikan jaringan atau fragmen ke posisi semula (reposisi). Dengan kembali ke bentuk semula, diharapkan bagian yang sakit dapat berfungsi kembali

dengan maksimal. Retaining adalah tindakan mempertahankan hasil reposisi dengan fiksasi (imobilisasi). Hal ini akan menghilangkan spasme otot pada ekstremitas yang sakit sehingga terasa lebih nyaman dan sembuh lebih cepat. Rehabilitasi berarti mengembalikan kemampuan anggota gerak yang sakit agar dapat berfungsi kembali (Mahartha et al., 2017).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini ialah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Tn. T Dengan Diagnosa Medis *Close Fracture of Rib* Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien Tn. T dengan diagnosa medis *close fracture of rib* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. T dengan diagnosa medis *close fracture of rib* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. T dengan diagnosa medis *close fracture of rib* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Penulis mampu menyusun perencanaan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. T dengan diagnosa medis *close fracture of rib* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

4. Penulis mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. T dengan diagnosa medis *close fracture of rib* Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. T dengan diagnosa medis *close fracture of rib* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
6. Penulis mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. T dengan diagnosa medis *close fracture of rib* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1.4.1 Akademis

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam hal melakukan asuhan keperawatan pada Tn. T dengan diagnosa medis *close fracture of rib* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan dan pengembangan asuhan keperawatan bagi pasien di rumah sakit agar dapat melakukan serta meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *close fracture of rib*.

2. Bagi praktisi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagosa *close fracture of rib* serta bagi tenaga kesehatan agar dapat lebih proaktif dalam hal menginformasikan kepada masyarakat tentang faktor yang berhubungan maupun yang beresiko mempertinggi kejadian *close fracture of rib*.

3. Bagi penulis selanjutnya

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulis berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagosa medis *close fracture of rib*, sebagai dasar dalam penelitian selanjutnya.

4. Bagi pasien

Menjadi pengetahuan baru tentang kasus *close fracture of rib* yaitu bagaimana melakukan penanganan awal agar dapat menghindari komplikasi pada gangguan kesehatan yang berhubungan dengan sistem musculoskeletal yaitu fraktur costa tertutup.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil atau diperoleh melalui pengamatan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium, dan radiologi, yang dapat menunjang untuk menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Yaitu data yang diperoleh dari pasien langsung.

2. Data Sekunder

Yaitu data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis *Close Fracture of Rib*.

BAB 3: Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

BAB 4: Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5: Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

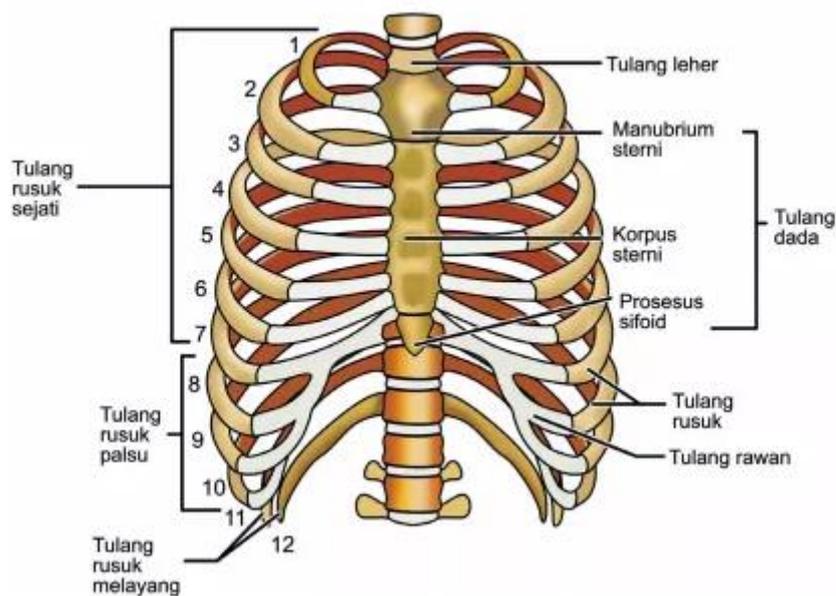
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Fisiologi

2.1.1 Pengertian Tulang Rusuk

Tulang rusuk atau iga (*costae*) adalah tulang penyusun rangka manusia yang melengkung dan membentuk bagian besar dari kerangka dada. Ada 12 pasang tulang rusuk yang berjejer di setiap sisi kiri dan kanan dan berjejer ke bawah dengan sedemikian rupa yang di beri jarak yang disebut ruas antar costa (Jume, 2022).



Gambar 1 Anatomi tulang rusuk (Jume, 2022).

2.1.2 Klasifikasi

Tulang rusuk dibentuk oleh susunan tulang yang melindungi rongga dada yang terdiri dari (Sutanta, 2022):

1. Tulang dada (sternum): 1 buah

Tulang dada menjadi tonggak dinding depan dari toraks (rongga dada) bentuknya gepeng dan sedikit melebar, terdiri atas 3 bagian, yaitu:

- a. Manubrium sterni: bagian atas sternum yang menjadi tempat melekatnya tulang selangka (klavikula) dan tulang iga.
- b. Korpus sterni: batang sternum.
- c. Prosesus xifoidus sterni: bagian ujung dari tulang dada.

2. Tulang iga (kosta): 12 pasang

Os kosta banyaknya 24 buah, kiri dan kanan, bagian depan berhubungan dengan ruas-ruas tulang belakang (vertebratorakalis). Tulang iga dibagi 3 macam:

- a. Iga sejati (os kosta vera): 7 pasang, berhubungan langsung dengan sternum.
- b. Iga tidak sejati (os kosta spuria): 3 pasang, berhubungan dengan kosta ke 7.
- c. Tulang iga melayang (os kosta fluitantes): 2 pasang, tidak mempunyai hubungan dengan tulang sternum.

3. Vertebra torakalis: 12 ruas

Jumlahnya sesuai dengan jumlah kosta, dan menjadi tempat melekatnya kosta.

2.1.3 Fungsi Tulang Rusuk

1. Sebagai pelindung organ-organ penting seperti jantung, hati dan paru-paru serta organ tubuh lainnya.
2. Untuk membantu pernafasan saat otot-otot interkostal mengangkat dan menurunkan tulang rusuk, memfasilitasi dan menghembuskan nafas (Fitriyani et al., 2017).

2.2 Konsep Penyakit

2.2.1 Pengertian Fraktur

Fraktur adalah hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan sendi, tulang rawan epifisis, baik yang bersifat total maupun parsial, keadaan ini akan mengganggu fungsi dari organ tulang sebagai penyanggah tubuh dan dapat menyebabkan terjadinya disabilitas (Kepel & Lengkong, 2020).

Fraktur tertutup adalah jenis fraktur yang tidak disertai dengan luka pada bagian luar permukaan kulit sehingga bagian tulang yang patah tidak berhubungan dengan bagian luar (Febrina et al., 2023).

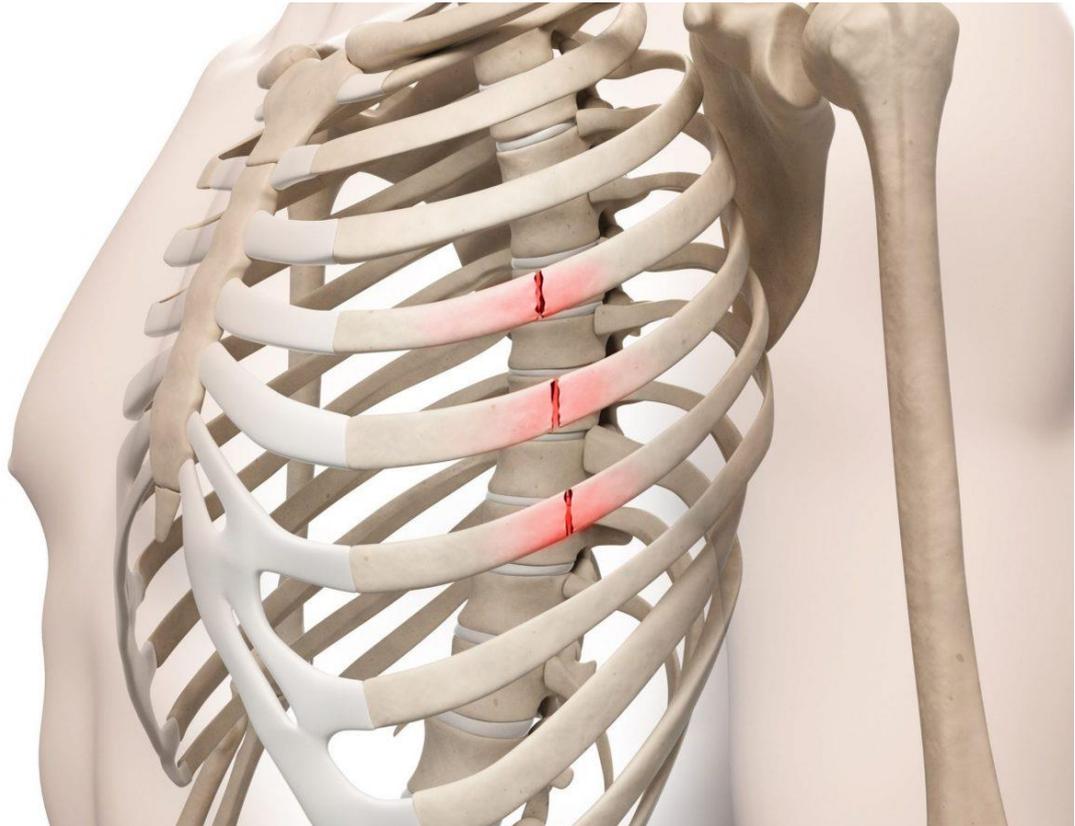
Fraktur costa atau patah tulang iga adalah cedera pada dada karena trauma benda tumpul, tajam atau kondisi patologis yang menyebabkan patah tulang rusuk dan menunjukkan keparahan yang dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas (Wahyuni et al., 2022).

2.2.2 Klasifikasi Fraktur

Klasifikasi fraktur menurut Zuriati, (2019) adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan komplit atau tidak komplit fraktur:
 - a. Fraktur komplit (garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang).
 - b. Fraktur tidak komplit (bila garis patah tidak melalui seluruh garis penampang tulang).
2. Berdasarkan bentuk dan jumlah garis patah:
 - a. Fraktur Komunitif: fraktur dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.

- b. Fraktur Segmental: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.
 - c. Fraktur Multiple: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.
3. Berdasarkan posisi fragmen:
- a. Fraktur Undisplaced (tidak bergeser): garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dan periosteum masih utuh.
 - b. Fraktur Displaced (bergeser): terjadi pergeseran fragmen tulang yang juga disebut lokasi fragmen.
4. Berdasarkan sifat fraktur atau luka yang ditimbulkan (fraktur tertutup)
- Bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi. Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:
- a. Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
 - b. Tingkat 1: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
 - c. Tingkat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
 - d. Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.



Gambar 2 Patah tulang rusuk tertutup

(<https://idnmedis.com/wp-content/uploads/2021>)

2.2.3 Etiologi

Penyebab fraktur tulang rusuk menurut Feger, (2021) adalah:

1. Trauma benda tumpul maupun benda tajam, misalnya kecelakaan kendaraan bermotor, jatuh, dan penyerangan dengan benda tajam.
2. Kondisi patologis, terjadi karena adanya suatu kondisi penyakit, seperti osteoporosis yang menyebabkan terjadinya patah tulang.
3. Fraktur stress atau trauma tak langsung.
 - a. Lebih sering dialami oleh atlet yang terjadi secara lateral dan anterolateral seperti gerakan berulang di atas kepala (misalnya angkat berat, bola basket) dapat mengakibatkan fraktur tulang rusuk pertama.

- b. Gerakan memutar (misalnya mendayung, berenang) dapat menyebabkan fraktur tulang rusuk tengah dan bawah.
- c. Cedera non kecelakaan pada anak-anak biasanya fraktur posterior.
- d. Resusitasi kardiopulmoner (CPR), biasanya terjadi pada costa 1 dan 3.
- e. Patah tulang rusuk janin, disebabkan oleh displasia tulang.
- f. Patah tulang rusuk akibat radiasi.

2.2.4 Tanda Dan Gejala

Ketika terjadi fraktur, tidak hanya tulang yang mengalami kerusakan, akan tetapi jaringan disekitarnya juga akan terpengaruh, termasuk otot, sendi, saraf dan pembuluh darah. Berikut tanda dan gejala setelah fraktur Prieharti & Yekti, (2021):

1. Kelainan atau perubahan bentuk

Pada bagian tubuh yang terkena fraktur bisa mengalami kelainan atau perubahan bentuk seperti bengkok, pemendekan dan perubahan lainnya. Pada fraktur tertutup, perubahan tersebut dapat diketahui dengan mengamati atau membandingkan bagian tubuh yang cedera dan yang tidak cedera.

2. Rentang gerak menjadi tidak normal

Maksudnya timbul ketidakmampuan untuk menggerakkan atau menggunakan anggota badan yang cedera fraktur.

3. Nyeri atau sakit

Nyeri atau sakit dapat dirasakan walaupun anggota tubuh yang terkena fraktur tidak disentuh atau tidak mendapat penekanan.

4. Kulit tampak pucat.

5. Pembengkakan di atas fraktur

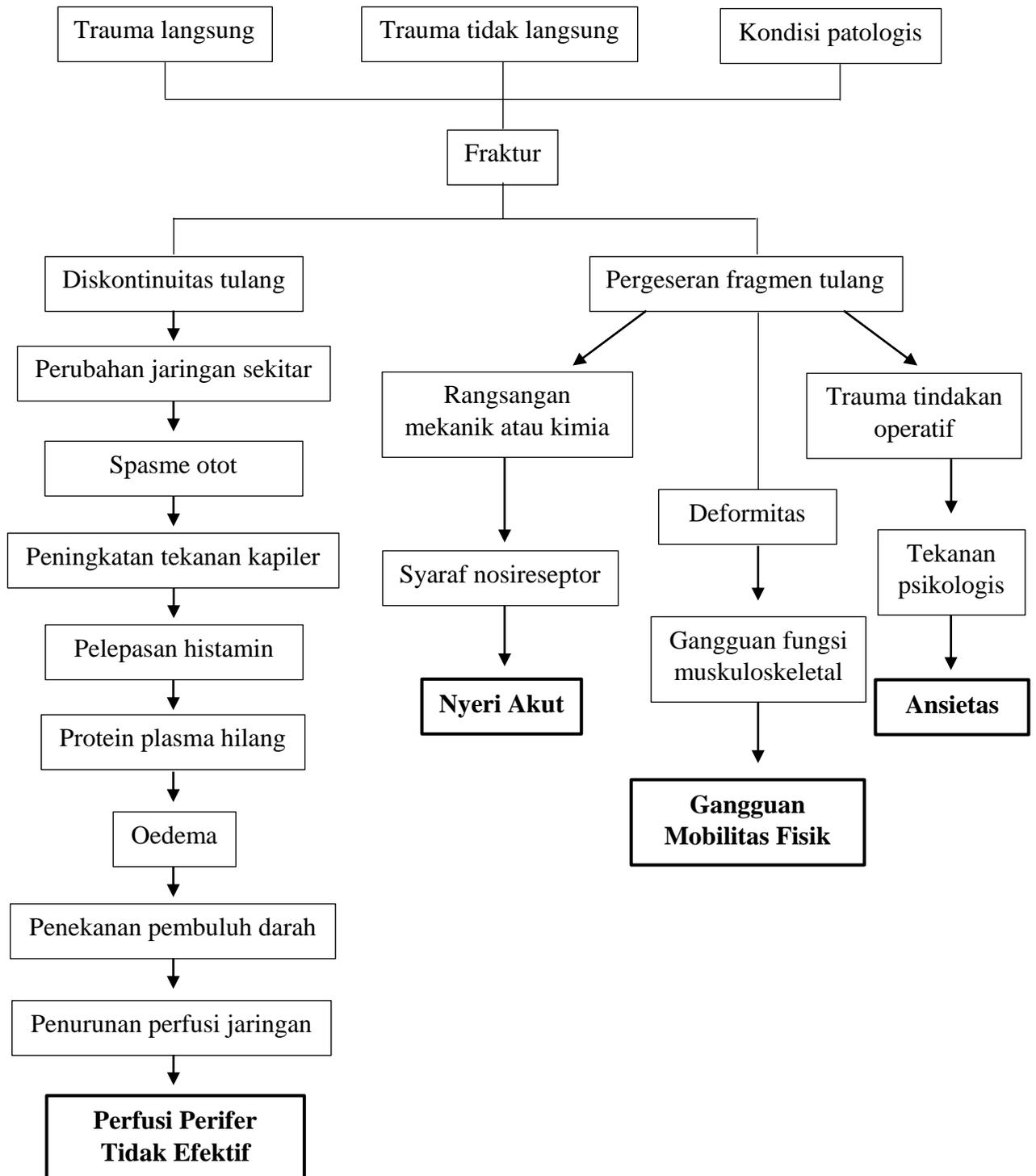
Hal ini merupakan reaksi radang akibat kerusakan jaringan.

2.2.5 Patofisiologi

Fraktur adalah hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian yang disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik secara langsung maupun proses degeneratif dan patologis. Gejala yang sering ditemukan pada fraktur adalah gangguan muskulokeletal dan nyeri fraktur. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. Nyeri biasa terjadi karena adanya rangsangan mekanik atau kimia pada daerah kulit di ujung-ujung syaraf bebas yang disebut nosireseptor (Andri et al., 2019).

Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tulang yang patah tidak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak normal, pergeseran fragmen tulang pada fraktur menyebabkan deformitas, ekstermitas yang abnormal dapat diketahui dengan membandingkan dengan ekstermitas yang normal. Ekstermitas yang fraktur tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot. Ketika patah tulang, terjadi kerusakan di korteks, pembuluh darah, sumsum tulang dan jaringan lunak. Akibat dari hal tersebut terjadi perdarahan, kerusakan tulang dan jaringan sekitarnya. Keadaan ini menimbulkan hematoma pada kanal medul antara tepi tulang bawah periostrium dengan jaringan tulang yang mengatasi fraktur (Zuriati, 2019).

2.2.6 WOC

Gambar 3 *Walk of Caution* (Andri et al., 2019; Zuriati, 2019)

2.2.7 Komplikasi

1. Komplikasi Awal

Komplikasi awal setelah fraktur adalah kejadian syok, yang berakibat fatal hanya dalam beberapa jam setelah kejadian, kemudian emboli lemak yang dapat terjadi dalam 48 jam, serta sindrom kompartmen yang berakibat kehilangan fungsi ekstremitas secara permanen jika terlambat ditangani.

2. Komplikasi Lambat

Komplikasi lambat dalam kasus fraktur adalah penyatuan tulang yang mengalami patah akan terlambat, bahkan tidak ada penyatuan. Hal ini terjadi jika penyembuhan tidak terjadi dalam dengan waktu normal untuk jenis dan fraktur tertentu. Penyatuan tulang yang terlambat atau lebih lama dari perkiraan berhubungan dengan adanya proses infeksi sistemik dan tarikan jauh pada fragmen tulang. Sedangkan tidak terjadinya penyatuan diakibatkan karena kegagalan penyatuan pada ujung-ujung tulang yang mengalami patahan (Zuriati, 2019).

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan foto radiologi dari fraktur: menentukan lokasi, luasnya.
2. Pemeriksaan jumlah darah lengkap.
3. Arteriografi: dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai.
4. Kreatinin: trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk kliens ginjal.
5. Scan tulang: memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak (Zuriati, 2019).

2.2.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan umum fraktur meliputi menghilangkan rasa nyeri, Menghasilkan dan mempertahankan posisi yang ideal dari fraktur, Agar terjadi penyatuan tulang kembali, Untuk mengembalikan fungsi seperti semula. Untuk mengurangi nyeri tersebut, dapat dilakukan imobilisasi, (tidak menggerakkan daerah fraktur) dan dapat diberikan obat penghilang nyeri (Mahartha et al., 2017).

Orang yang mengalami fraktur tertutup biasanya tidak menyadari adanya fraktur. Sebelum dilakukan penanganan lebih lanjut perlu dilakukan tindakan pertolongan pertama pada orang yang dicurigai mengalami fraktur tertutup. Tindakannya berupa mengimobilisasi (menjaga agar tidak bergerak) bagian tubuh yang terkena sebelum orang tersebut dipindahkan ke lokasi yang lebih aman. Caranya dengan memasang bidai sementara dengan bantalan yang memadai. Penanganan selanjutnya menurut Prieharti & Yekti, (2021) berupa tindakan oleh tenaga medis meliputi:

1. Non operatif

- a. Reduksi

Adalah terapi fraktur dengan cara menggantungkan kaki dengan tarikan atau traksi.

- b. Imobilisasi

Yaitu menjaga agar anggota tubuh yang terkena fraktur tidak digerakkan caranya dengan memasang bidai. Biasanya bidai digunakan selama 7-10 hari. Selanjutnya, akan diganti dengan gips yang memerlukan waktu selama 3-4 minggu.

- c. Evaluasi dan rehabilitasi

Dalam masa evaluasi, bagian tubuh yang terkena fraktur dan telah mendapat penanganan akan dicek dengan pemeriksaan rontgen setiap 6-8 minggu. Rehabilitasi adalah tindakan dengan maksud agar bagian yang menderita fraktur tersebut dapat kembali berfungsi secara normal. Misalnya dengan latihan berjalan atau latihan yang dapat memperkuat otot.

2. Operatif

Tindakan operasi pada patah tulang tertutup akan dilakukan bila terjadi kondisi seperti berikut:

- a. Pemendekan tulang.
- b. Cedera vascular, yang mana memerlukan operasi untuk memperbaiki jalannya/ aliran darah pada bagian yang terkena fraktur.
- c. Cedera ganda.
- d. Sindrom kompartemen, yaitu suatu kondisi berupa terjadinya penekanan terhadap saraf, pembuluh darah, dan otot. Keadaan seperti ini dapat menyebabkan suplai darah terganggu dan kematian jaringan.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien. Pengkajian dilakukan guna mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan (Burhanuddin Basri, Tri Utami, 2020).

1. Identitas Pasien

Yaitu data faktual tentang klien meliputi usia, alamat, pekerjaan dan status perkawinan klien (Samosir, 2020). Kasus trauma toraks paling banyak ialah fraktur iga (29%) yang terjadi pada jenis kelamin laki-laki (93,5%) dan kelompok usia 46-60 tahun (35,5%), hal ini berhubungan dengan olah raga, pekerjaan atau kecelakaan (Kepel & Lengkong, 2020). Adapun olahraga yang dapat menyebabkan fraktur adalah sepak bola, ski, senam, volley, basket, dan senam lantai, sedangkan pekerjaan yang berisiko mengalami fraktur adalah tukang besi, supir, tukang bangunan, orang dengan penyakit degeneratif dan neoplasma. Kelompok lansia berisiko lebih tinggi untuk terjadinya fraktur karena proses penuaan yang menyebabkan penurunan fungsi fisiologik tubuh, salah satunya ialah penurunan kepadatan dan kualitas tulang. (Kepel & Lengkong, 2020).

2. Keluhan Utama

Menurut Padila, (2019) keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung jenis dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

- a. Provoking Incident: apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b. Quality of Pain: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c. Region: radiation, relief: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.

- d. Severity (Scale) of Pain: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e. Time: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan bisa diketahui luka kecelakaan yang lain (Padila, 2019).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Hipertensi dan diabetes militus dapat menyebabkan menurunnya densitas mineral tulang sehingga memiliki waktu pemulihan yang lebih panjang (Abelio Dirgusma Dalung et al., 2022).

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan patah tulang adalah salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti hipertensi dan diabetes militus yang sering terjadi pada beberapa keturunan serta kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetic (Padila, 2019).

6. Riwayat Alergi

Identifikasi adanya alergi obat maupun makanan terutama antibiotik untuk keamanan pasien (Samosir, 2020).

7. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah mengukur tanda-tanda vital dan pengukuran lainnya serta pemeriksaan semua bagian tubuh dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi. Sepanjang pemeriksaan fisik, data diukur terhadap standar, yang merupakan peraturan yang telah ditetapkan atau dasar pembandingan dalam pengukuran atau penilaian kapasitas, kuantitas, kandungan dan nilai dari objek. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara sistematis seperti halnya pada tinjauan sistem dalam riwayat kesehatan (Samosir, 2020).

Pemeriksaan fisik menurut Padila, (2019) yaitu:

- a. Keadaan umum: berupa keadaan kesadaran pasien, apakah pasien dalam keadaan sadar, apatis, somnolen, sopor atau koma.
- b. Tanda-tanda vital: untuk mendapatkan data objektif dari keadaan pasien, pemeriksaan ini meliputi tekanan darah, suhu, respirasi, dan jumlah denyut nadi.
- c. Pemeriksaan kepala dan leher: merupakan bagian dari pemeriksaan fisik, yang meliputi inspeksi, palpasi dan auskultasi organ-organ di regio kepala dan leher.
- d. Pemeriksaan thoraks: prosedur pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui kondisi organ di dalam rongga dada, termasuk jantung dan paru-paru. Metode ini umumnya digunakan untuk mendiagnosis suatu penyakit meliputi inspeksi, palpasi dan auskultasi.
- e. B1 Pernafasan (Breathing)

- 1) Inspeksi: Pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.
 - 2) Palpasi: Pergerakan sama atau simetris, fermitus teraba sama.
 - 3) Perkusi: Suara ketok sonor, tak ada redup atau suara tambahan lainnya.
 - 4) Auskultasi: Suara nafas normal, tak ada wheezing atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.
- f. B2 Kardiovaskuler (Blood)
- 1) Inspeksi: Tidak tampak iktus jantung.
 - 2) Palpasi: Nadi meningkat, iktus tidak teraba.
 - 3) Perkusi: Normal bunyi pekak/ datar, abnormal bunyi pekak/ datar melebar karena *cardiomegaly*.
 - 4) Auskultasi: Suara S1 dan S2 tunggal tak ada mur-mur
- g. B3 Persarafan (Brain)
- Pemeriksaan refleks biceps dan triceps normal, patella normal, nervus raniel normal atau ada kelainan.
- h. B4 Perkemihan (Bladder)
- Tidak ada hernia, tidak ada pembesaran lymphe, tidak ada kesulitan buang air kecil maupun buang air besar.
- i. B5 Pencernaan (Bowel)
- 1) Inspeksi: Bentuk datar, simetris, tidak ada hernia.
 - 2) Palpasi: Turgor baik, tidak ada defands muskuler hepar tidak teraba.
 - 3) Perkusi: Suara thympani, ada pantulan gelombang cairan.
 - 4) Auskultasi: Peristaltik usus normal \pm 20 kali/ menit.

j. B6 Muskuluskeletal & Integumen (Bone)

Pemeriksaan pada sistem muskulokeletal adalah:

- 1) Look (inspeksi), perhatikan apa yang dapat di lihat antara lain:
 - a) Cictriks (jaringan parut baik yang alami maupun buatan seperti bekas operasi).
 - b) Cape au lait spot (birth mark).
 - c) Fistulae.
 - d) Warna kemerahan atau kebiruan (livide) atau hyperpigmentasi.
 - e) Benjolan, pembengkakan, atau cekungan dengan hal-hal yang tidak biasa (abnormal).
 - f) Posisi dan bentuk dari ekstremitas (deformitas).
 - g) Posisi jalan (gait, waktu masuk kamar periksa).

2) Feel (palpasi)

Yang perlu dicatat adalah posisi pasien diperbaiki mulai dari posisi normal (anatomi), perubahan suhu disekitar trauma (hangat) dan kelembaban kulit, apakah terdapat fluktuasi atau oedema dan nyeri tekan (tenderness).

3) Move (pergerakan terutama lingkup gerak)

Menggerakkan ekstremitas apakah terdapat keluhan nyeri pada pergerakan. Pemeriksaan ini menentukan apakah ada gangguan gerak (mobilitas) atau tidak.

k. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan radiologi akan membantu menegakkan diagnosa secara tepat yaitu pemeriksaan foto thorax dari fraktur, bertujuan untuk menentukan lokasi dan luasnya fraktur (Zuriati, 2019).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut (SDKI, D.0077 hal. 172)

a. Gejala dan tanda mayor:

DS: Mengeluh nyeri.

DO: Tampak meringis, bersikap protektif (misalnya: waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b. Gejala dan tanda minor:

DS: (Tidak tersedia).

DO: Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis (PPNI, 2017).

2. Perfusi perifer tidak efektif (SDKI, D. 0009 hal. 37)

a. Gejala dan tanda mayor:

DS: (Tidak ada).

DO: Pengisian kapiler (cappillary refill) >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

b. Gejala dan tanda minor:

DS: Parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten).

DO: Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brachial < 0,90, bruit femoral (PPNI, 2017).

3. Hambatan mobilitas fisik (SDKI, D.0054 hal. 124)
 - a. Gejala dan tanda mayor:

DS: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

DO: Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.
 - b. Gejala dan Tanda Minor:

DS: Nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

DO: Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah (PPNI, 2017).
4. Ansietas (SDKI, D.0080 hal. 180).
 - a. Gejala dan tanda mayor:

DS: Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat, sulit berkonsentrasi.

DO: Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur
 - b. Gejala dan tanda minor:

DS: Mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.

DO: Frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu (PPNI, 2017).

2.3.3 Intervensi Keperawatan dan Rasional

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (PPNI, 2017).

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil (SLKI, I.08066, hal. 145):

Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, pola napas membaik (PPNI, 2019).

Intervensi menurut PPNI, (2018): Manajemen nyeri (SIKI, I.08238, hal. 201)

Observasi:

a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Rasional: Untuk menggambarkan pengalaman nyeri, menganalisis manajemen nyeri dan mengevaluasi efektivitas manajemen nyeri (Ana et al., 2020).

b. Identifikasi skala nyeri.

Rasional: Memonitor skala nyeri secara teratur dan bersamaan dengan tanda-tanda vital yang lainnya (Ana et al., 2020).

c. Identifikasi respons nyeri non-verbal.

Rasional: Untuk mengetahui adanya pengalaman rasa nyeri atau respon terhadap rasa nyeri yang bersifat kompleks dan melibatkan sensorik, perilaku atau motorik (Ana et al., 2020).

d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

Rasional: Perawatan yang tepat dan manajemen nyeri yang memadai dapat membantu mengurangi morbiditas dan mortalitas pada pasien dengan patah tulang rusuk (Wahyuni et al., 2022).

Terapeutik:

a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Rasional: SPO (Standar Prosedur Operasional) pemberian kompres hangat PPNI, (2021) untuk mengurangi tingkat nyeri pasien/mengalihkan pasien dari rasa nyerinya.

- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.

Rasional: Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu (Andri et al., 2019).

- c. Fasilitasi istirahat dan tidur.

Rasional: Kebanyakan nyeri muskuloskeletal dapat dikurangi dengan istirahat (Andri et al., 2019).

Edukasi:

- a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.

Rasional: Memberi informasi kepada pasien bahwa nyeri dapat disebabkan oleh tindakan atau pemeriksaan (Andri et al., 2019).

- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.

Rasional: Melakukan komunikasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga perihal pelayanan untuk mengatasi nyeri (Ana et al., 2020).

- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

Rasional: Pasien mampu melakukan asesmen dan pengelolaan rasa sakit yang tepat (Ana et al., 2020).

- d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Rasional: Pasien dan keluarga diberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur dari terapi non farmakologi dengan kompres hangat (Made Suryani; & Soesanto, 2020).

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Rasional: Mengurangi/ menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien (Wainsani & Khoiriyah, 2020).

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (PPNI, 2017).

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil (SLKI, L.02011 hal. 84):

Kekuatan nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik (PPNI, 2019).

Intervensi menurut PPNI, (2018): Perawatan Sirkulasi (SIKI, I.02079 hal. 345)

Observasi:

- a. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index).

Rasional: Gangguan pada arteri perifer atau penilaian resiko kaki diabetes dapat dilakukan melalui palpasi nadi yaitu ujung jari tangan menekan lembut di area nadi untuk menemukan denyut yang kuat, menilai irama dan kualitas denyut (Merdekawati et al., 2022).

- b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi).

Rasional: Diabetes mellitus (DM) dapat memicu timbulnya komplikasi seperti penyakit sirkulasi perifer yang dapat menyebabkan *Peripheral Artery Disease* (PAD) dan dapat dideteksi menggunakan palpasi nadi dorsalis pedis (Merdekawati et al., 2022).

- c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas.

Rasional: Palpasi nadi dorsalis pedis merupakan indikator yang baik dalam menilai keadekuatan sirkulasi pada ekstremitas (Merdekawati et al., 2022).

Terapeutik:

- a. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi.

Rasional: Pencegahan primer dapat berupa deteksi dini yang dilakukan sebelum terjadi perlukaan pada kulit dan mencegah terjadinya kecacatan (Abelio Dirgusma Dalung et al., 2022).

- b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi.

Rasional: Gangguan pada arteri perifer atau penilaian resiko kaki diabetes dapat dilakukan melalui palpasi nadi yaitu ujung jari tangan menekan lembut di area nadi untuk menemukan denyut yang kuat, menilai irama dan kualitas denyut (Merdekawati et al., 2022).

- c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera.

Rasional: Sirkulasi perifer yang terganggu dapat memperlambat

penyembuhan luka pada area yang cedera (Abelio Dirgusma Dalung et al., 2022).

- d. Lakukan pencegahan infeksi.

Rasional: Penyembuhan luka merupakan hal yang harus diperhatikan karena bila penyembuhan luka tidak sempurna bisa membahayakan pasien (Abelio Dirgusma Dalung et al., 2022).

- e. Lakukan perawatan kaki dan kuku.

Rasional: Deteksi dini merupakan pencegahan awal sebelum terjadinya luka kaki diabetes dan terjadinya ulkus (Merdekawati et al., 2022).

- f. Lakukan hidrasi.

Rasional: Untuk meningkatkan hidrasi kulit dan menunjang struktural sawar kulit (Wijayadi & Wardoyo, 2022).

Edukasi:

- a. Anjurkan berhenti merokok.

Rasional: Zat nikotin yang ada dalam rokok dapat berpengaruh pada pembuluh darah dengan penyempitan pembuluh darah (Dewi et al., 2020).

- b. Anjurkan berolahraga rutin.

Rasional: Salah satu penatalaksanaan yang bisa dilakukan untuk meningkatkan sirkulasi darah adalah dengan melakukan latihan jasmani dengan jalan kaki sambil mengayunkan tangan (Dewi et al., 2020).

- c. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu.

Rasional: Menganjurkan obat hipoglikemi oral untuk menurunkan tekanan darah dan kolesterol yang tinggi (Dewi et al., 2020).

- d. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.

Rasional: Banyaknya pengobatan baik secara langsung maupun tidak langsung dapat mempengaruhi tekanan darah, analgesic dan narkotik dapat menurunkan tekanan darah (Sulistyowati, 2018).

- e. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta.

Rasional: Beta bloker dapat menyebabkan gangguan pada reseptor β_1 pada jantung yang berfungsi kardioakselerasi dalam memompa darah ke seluruh tubuh (Dewi et al., 2020).

- f. Anjurkan program rehabilitasi vascular.

Rasional: Latihan fisik yang dilakukan dengan teratur dapat mengeluarkan hormone epinefrin dan norepinefrin yang berfungsi untuk meningkatkan kerja jantung untuk lebih efektif dalam proses aliran darah (Dewi et al., 2020).

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal didasari dengan pembatasan gerak (PPNI, 2017).

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (SLKI, L.05042, hal. 65): Pergerakan ekstrimitas kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun (PPNI, 2019).

Intervensi menurut PPNI, (2018): Dukungan Ambulasi (SIKI, I.06171, hal. 22)

Observasi:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.

Rasional: Untuk menganalisis tingkat risiko dan faktor yang mempengaruhi keluhan (Pratama, 2017).

- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.

Rasional: Mengetahui manajemen fraktur costa berfokus pada manajemen nyeri yang adekuat dan mobilisasi dini (Wahyuni et al., 2022).

- c. Monitor frekuensi dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.

Rasional: Tanda vital merupakan cara yang cepat dan efisien untuk memantau kondisi klien atau mengidentifikasi masalah dan mengevaluasi respon klien terhadap intervensi (Sulistiyowati, 2018).

- d. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.

Rasional: Membantu pasien dalam menghubungkan pengetahuan pada pemikiran, perasaan, dan tingkat penginderaan, serta mempromosikan terapi dengan kemampuan bersama-sama memandu pasien mengatasi stress, resolusi konflik, dan pemberdayaan diri (Wahyuni et al., 2022).

Terapeutik:

- a. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk).

Rasional: Memberikan bantuan kepada pasien yang mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas (Zahro, 2021).

- b. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, jika perlu.

Rasional: Menenangkan pikiran dan merilekskan tubuh mereka, memberikan kesempatan bagi pasien untuk menciptakan lingkungan penyembuhan internalnya sendiri (Wahyuni et al., 2022).

- c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

Rasional: Memberikan komunikasi terapeutik dengan keluarga dan klien hingga untuk memudahkan melakukan implementasi yang sesuai dengan rencana tindakan sebelumnya (Zahro, 2021).

Edukasi:

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.

Rasional: Memberikan latihan rentang gerak aktif/ pasif sesuai dengan lokasi fraktur, mendampingi, bermobilisasi, serta mengobservasi kemampuan pasien dalam melakukan *range of motion* (Nanik Dwi A et al., 2020).

- b. Anjurkan melakukan ambulasi dini.

Rasional: Melakukan mobilisasi dini termasuk poin penting dalam manajemen perawatan pasien fraktur costa (Wahyuni et al., 2022).

- c. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).

Rasional: Melatih tulang dan sendi mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas 12 persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk (Nanik Dwi A et al., 2020).

4. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan trauma tindakan operatif (PPNI, 2017).

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ansietas menurun, dengan kriteria hasil (SLKI, L.09093, hal. 132):

Verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku tegang menurun, perilaku gelisah menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik (PPNI, 2019).

Intervensi menurut PPNI, (2018): Reduksi Ansietas (SIKI, I.09314, hal. 436)

Observasi:

- a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor).
Rasional: Untuk melihat perubahan tingkat ansietas sebelum dan setelah terapi (Febtrina, 2019).
- b. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).
Rasional: Mengukur tingkat ansietas pada pasien yang disebabkan oleh ketakutan pasien terhadap tanda dan gejala penyakit (Febtrina, 2019).
- c. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.
Rasional: Pendidikan kesehatan yang diberikan dapat menambah pengetahuan pasien tentang penyebab dari ansietas yang dirasakannya, bagaimana cara mengatasi ansietas yang terjadi, tetapi hanya sebatas pada tingkat kognitif saja (Febtrina, 2019).

Terapeutik:

- a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.

Rasional: Penerapan komunikasi terapeutik oleh perawat di lingkungan rumah sakit berperan besar untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan (Sasmito et al., 2019).

- b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.

Rasional: Terapi distraksi yang tepat mampu mendatangkan ketenangan dan meminimalkan kecemasan (Ibrahim et al., 2020).

- c. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian.

Rasional: Membantu menumbuhkan kepercayaan dan spiritual seseorang dalam menghadapi suatu penyakit dapat menurunkan tingkat kecemasan (Febtrina, 2019).

- d. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.

Rasional: Pasien akan mengetahui apa yang sedang dilakukan dan apa yang akan dilakukan selama di rumah sakit sehingga perasaan pasien dan pikiran yang menimbulkan masalah psikologis pasien dapat teratasi seperti kecemasan dan ketakutan (Sasmito et al., 2019).

- e. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.

Rasional: Membantu memilih metode yang tepat dan menciptakan lingkungan yang nyaman ketika melakukan tindakan (Padila et al., 2019).

- f. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.

Rasional: Memberikan asuhan keperawatan yang tidak menimbulkan rasa trauma baik fisik maupun psikis pada pasien dan keluarga (Padila et al., 2019).

Edukasi:

- a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.

Rasional: Membantu memilih metode yang tepat dan menciptakan lingkungan yang nyaman ketika melakukan tindakan (Padila et al., 2019).

- b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis.

Rasional: Tindakan psikologis yang paling baik untuk mengatasi ansietas adalah relaksasi dan terapi kognitif, hal ini bertujuan agar pasien dapat mengontrol ansietasnya untuk menurunkan ketegangan (Febtrina, 2019).

- c. Anjurkan keluarga untuk bersama pasien, jika perlu.

Rasional: Sebagai bentuk kemitraan antara perawat pada keluarga, dengan tenaga profesional lainnya sehingga akan menurunkan ansietas (Padila et al., 2019).

- d. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.

Rasional: Gangguan psikologi seperti ansietas dapat mempengaruhi persepsi terhadap tingkat kesehatan, menurunkan kepatuhan terhadap pengobatan dan juga menurunkan kondisi fisik pasien (Febtrina, 2019).

- e. Latih teknik relaksasi: Terapi distraksi.

Rasional: Distraksi adalah metode pengalihan perhatian, yang biasanya dilakukan untuk mengurangi rasa cemas, seperti mengobrol, dan mendengarkan musik (Ibrahim et al., 2020).

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.

Rasional: Memberikan obat antiansietas untuk mengatasi kecemasan atau ansietas baik itu ansietas jenis panik, umum, kompulsif, pobia ataupun pasca trauma (Nilasanti et al., 2021).

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Leniwita & Anggraini, 2019).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Leniwita & Anggraini, 2019).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan diagnosa medis *Close Fracture of Rib*, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati pada tanggal 24 Januari 2023 dengan data pengkajian pada tanggal 24 Januari 2023 jam 15.30 WIB di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien, keluarga dan file register sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. T berusia 56 tahun. Pasien beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa, pendidikan terakhir adalah Sekolah Menengah Atas, pekerjaan pasien sebagai pensiunan TNI AL. Pasien tinggal di Jombang bersama istri dan tiga orang anaknya. Pasien merupakan suami dari Ny. R dan pekerjaan istri adalah sebagai ibu rumah tangga.

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada punggung sebelah kiri, skala 6 (0-10). Nyeri bertambah saat pasien menggerakkan tangan kirinya.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan jatuh dari atap rumah dengan posisi jatuh miring ke kiri dengan tumpuan punggung sebelah kiri. Jatuh dari ketinggian \pm 4 meter. Jatuh terjadi pada tanggal 23 Januari 2023 dengan keluhan nyeri pada punggung sebelah kiri dan belum diberi obat. Hari kedua, pasien di antar oleh istrinya ke IGD RSPAL dr.

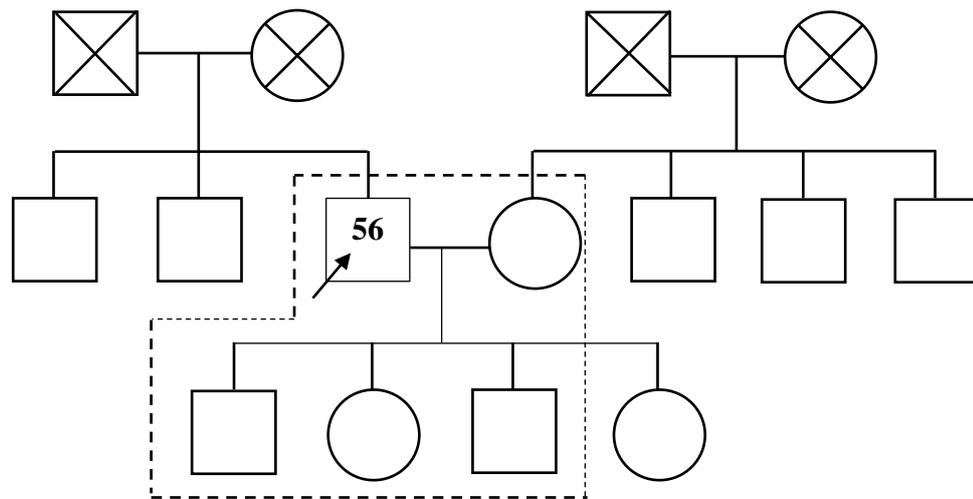
Ramelan Surabaya pada tanggal 24 Januari 2023 jam 11.00 WIB dengan keluhan sakit punggung sebelah kiri dan sedikit sesak. Di IGD telah dilakukan tindakan pemasangan infus NS 14 TPM, injeksi ketorolac 30 mg/iv, injeksi ranitidin 50 mg/iv. Hasil observasi dari perawat IGD yaitu Tensi: 142/100 mm/Hg, Nadi: 83 x/menit, Suhu: 36,7°C, SpO2: 96 %, RR: 20 x/menit, GDA: 105 mg/dL. Hasil pemeriksaan radiologi (foto thoraks) menunjukkan adanya fraktur di costa 6 kiri posterior dan dokter menganjurkan untuk di operasi. Pasien mengatakan menolak di operasi karena trauma pernah tiga kali operasi dan disetujui oleh dokter. Kemudian pasien dipindahkan ke ruang G1 jam 14.49 WIB dengan keluhan dan terapi yang sama seperti di IGD. Hasil pengkajian pukul 15.30 WIB, yang penulis temukan keluhan pasien masih nyeri dan sedikit sesak. Masalah nyeri timbul saat tangan kiri digerakkan dan batuk. Pemeriksaan TTV didapatkan, Tensi: 150/100 mmHg, Nadi: 90, Suhu: 36.5°C, RR: 20. Selanjutnya penulis melakukan pemeriksaan fisik untuk menentukan asuhan keperawatan yang sesuai.

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan punya riwayat diabetes militus dan hipertensi.

3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ibu pasien mempunyai riwayat hipertensi.



Keterangan:

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Meninggal dunia
-  : Pasien
-  : Tinggal serumah

Gambar 4 Genogram

3.1.6 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak punya alergi obat dan makanan.

3.1.7 Keadaan Umum

Pasien tampak lemah, saat tidur harus miring ke kanan agar tidak timbul nyeri serta menghindari penekanan lokasi fraktur.

3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik ditemukan, tanda-tanda vital, T: 150/100 mm/Hg, N: 90 kali/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,5°C, SpO2: 96 %. Antropometri, TB: 172 Cm, BB SMRS: 85 Kg, BB Stlh MRS: 83 Kg.

1. B1 Pernafasan (Breath)

Bentuk dada normo chest, simetris, irama nafas regular, suara nafas tambahan tidak ada atau vesikuler, pola nafas eupnea, SpO₂ 98%, RR: 20 kali/ menit.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

2. B2 Kardiovaskuler (Blood)

CRT < 2 detik, tekanan darah 150/100 mm/Hg, nadi 90 kali/menit, akral hangat, turgor kulit sedang, ictus cordis normal, irama jantung regular, nyeri dada tidak ada, bunyi jantung: S1-S2 tunggal, oedema tidak ada, hepatomegaly tidak ada, perdarahan tidak ada.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3. B3 Persarafan (Brain)

Kesadaran compos mentis GCS: 456, refleks biceps triceps dan patella normal, refleks patologis: kaku kuduk tidak ada, kernig tidak ada, fungsi nervus kranial normal, tidak ada nyeri kepala, paralisis tidak ada, bentuk hidung simetris fungsi penciuman normal, mata simetris, pupil isokor 2mm/2mm, refleks: +/+, konjungtiva tidak anemis, sklera icterus, visus: 6/6, telinga normal dan bersih, fungsi pendengaran normal, lidah bersih, fungsi pengecap normal, uvula normal, palatum normal, afasia tidak ada, fungsi menelan normal.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

4. B4 Perkemihan (Blader)

Tampak bersih, tidak ada ekskresi, vesica urinaria penuh, tidak ada nyeri tekan, eliminasi uri SMRS frekuensi 10 kali sehari, jumlah 1700 cc, warna

kuning jernih, eliminasi uri MRS frekuensi 8 kali sehari, jumlah 1500 cc, warna kuning jernih.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

5. B5 Pencernaan (Bowel)

Mulut tampak bersih, membran mukosa lembab, gigi palsu tidak ada, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, nafsu makan baik, diit (makan & minum) SMRS nasi (padat), frekuensi 3 kali sehari, 1 porsi habis, minum 2800 cc sehari, jenis air putih, diit saat MRS nasi (padat), frekuensi 3 kali sehari, 1 porsi habis, minum 2500 cc sehari, bentuk abdomen flat, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien, tidak ada mual dan muntah, bising usus 12 kali sehari, eliminasi alvi SMRS frekuensi 1 kali sehari, warna kuning kecoklatan, konsistensi padat lembek, eliminasi alvi saat MRS frekuensi 1 kali sehari, warna kuning kecoklatan, konsistensi padat lembek, tidak ada hemoroid.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

6. B6 Muskuluskeletal Dan Integumen (Bone)

Warna kulit sawo matang, kuku bersih, tidak terdapat scabies, deformitas tidak ada, rentang gerak (ROM) bebas terbatas, terdapat fraktur di costa 6 sinistra posterior, ektrimitas kanan tubuh agak kebas.

Kekuatan otot:
$$\begin{array}{r|l} 5555 & 3333 \\ \hline 5555 & 5555 \end{array}$$

Masalah keperawatan: Gangguan Mobilitas Fisik.

3.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium tanggal 24-01-2023

Tabel 1 Hasil Laboratorium

NO	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL (SATUAN)	NILAI NORMAL (SATUAN)
Darah Lengkap			
1.	Hemoglobin (H)	14,30	13 – 17 g/dL
2.	Eritrosit/ RBC	5,02	4,00 – 5,50 10 ⁶ /μL
3.	Trombosit/ PLT	352,00	150 – 450 10 ³ /μL
4.	Hematokrit/ HCT/ PCV	44,00	40,0 – 54,0 10 ³ /μL
5.	Leukosit/ WBC	7,74	4,00 – 10,00 10 ³ /μL
Fungsi Hati			
6.	SGOT	19	0-50 U/L
7.	SGPT	24	0-50 U/L
Diabetes			
8.	Glukosa darah sewaktu	105	< 200 mg/dL
Fungsi Ginjal			
9.	Serum Kreatinin	1,27	0,6 – 1,5 mg/dL
10.	BUN	17	10 – 24 mg/dL
Elektrolit			
11.	Natrium (Na)	138,50	135 – 147 mEq/L
12.	Kalium (K)	3,21	3,0 – 5,0 mmol/L
13.	Chlorida (Cl)	98,40	95 – 105 mEq/L
Molekuler			
14.	Antigen SARS-CoV-2	Negatif	-
15.	RT-PCR SARS-CoV-2	Negatif	-

2. Foto Thorax AP: (Supine) tanggal 24-01-2023

Cor: besar & bentuk normal, pulmo: infiltrat/ perselubungan (-), sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam, diaphragma kanan kiri baik, fraktur costa 6 kiri posterior.

Kesimpulan: Cor & pulmo normal, Fraktur costa 6 kiri posterior.

3. Terapi tanggal 24-01-2023

Tabel 2 Terapi medik

Hari/Tgl	Medikasi	Dosis	Indikasi
24 Jan 2023	Asam Mefenamat 500 mg	3 x 500 mg (Oral)	Obat analgesik atau anti nyeri ringan sampai sedang.
	Amitriptyline 25 mg	1 x 12,5 mg (Oral)	Obat nyeri saraf (neuralgia) dan nyeri punggung dan membantu mencegah serangan migrain dan mengatasi depresi.
	Esfolat 500 mg	1 x 500 mg (Oral)	Membantu memelihara kebutuhan vitamin dan mineral.
	Candesartan 16 mg	1 x 16 mg (Oral)	Obat anti hipertensi golongan penghambat reseptor angiotensin / Angiotensin Reseptor Blocker (ARB) yang bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah tinggi.
	Amlodipine 10 mg	1 x 10 mg (Oral)	Untuk menurunkan tekanan darah tinggi, bisa digunakan dengan atau tanpa obat lain, termasuk dalam golongan obat penghambat saluran kalsium.
	Ranitidin 25 mg/ml	1 x 25 mg/ml (IV)	Untuk kelebihan produksi asam lambung, seperti sakit maag dan tukak lambung.
	Ketorolac 30 mg/ml	1 x 30 mg/ml (IV)	Obat golongan anti inflamasi nonsteroid (OAINS) untuk meredakan nyeri sedang hingga berat.

3.2 Analisa Data

Tabel 3 Analisa data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada punggung sebelah kiri, skala 6 (0-10). Skala nyeri: <ul style="list-style-type: none"> P: Nyeri post agen cedera. Q: Seperti di tusuk-tusuk R: Punggung kiri S: 6 T: Hilang timbul <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak meringis TD: 150/100 mm/Hg Nadi: 90 kali/menit RR: 20 kali/menit Hasil foto thorax adanya fraktur costa kiri 6 posterior penyebab nyeri. 	Agen pencedera fisik ditandai dengan trauma fraktur kosta	Nyeri akut (D.0077)
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri saat tangan kiri di gerakkan ke atas dan belakang. Pasien mengatakan saat tidur harus miring ke kanan. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tangan kiri tampak pasif. Pasien tampak tidur miring ke kanan. Kekuatan otot: $\frac{5555}{5555} \frac{3333}{5555}$ 	Gangguan muskuloskeletal ditandai dengan keterbatasan mobilitas gerak ekstrimitas sinistra superior	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
3.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tidak mau di operasi karena trauma pernah operasi tiga kali. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak gelisah. Pasien tampak tegang. <p>T: 150/100 mm/Hg, N: 90 kali/menit, RR: 20 kali/menit</p>	Kurang terpapar informasi tentang prosedur dan tindakan operasi	Ansietas (D.0080)

3.3 Prioritas Masalah

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Akut b.d. agen pencedera fisik d.d. trauma fraktur kosta (D.0077).	24-01-2023	26-01-2023	
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d. gangguan muskuloskeletal d.d. keterbatasan mobilitas gerak ekstremitas sinistra superior (D.0054).	24-01-2023	26-01-2023	
3.	Ansietas b.d. kurang terpapar informasi tentang prosedur dan tindakan operasi (D.0080).	24-01-2023	25-01-2023	

3.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri Akut b.d. agen pencedera fisik d.d. trauma fraktur kosta (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil (SLKI, I.08066, hal. 145): 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Skala nyeri 1-3. 3. Pola napas membaik.	Manajemen Nyeri (SIKI, I.08238) 1. Monitor skala nyeri PQRST & TTV setiap 8 jam. 2. Berikan dan ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik kompres hangat dan distraksi. 3. Hasil kolaborasi dengan medik pemberian: a. Ketorolac 1 x 30 mg/ml per intravena. b. Asam mefenamat 3 x 500 mg per oral. c. Amtriptylin 1 x 12, 5 mg per oral.
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d. gangguan muskuloskeletal d.d. keterbatasan mobilitas gerak ekstrimitas sinistra superior (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (L.05042, hal. 65): 1. Nyeri menurun. 2. Pasien dan keluarga mampu memahami dan melaksanakan gerakan yang bisa menyebabkan nyeri dan keparahan. 3. Pasien terbiasa dengan tehnik gerakan dan posisi untuk mengurangi nyeri.	Dukungan Ambulasi (SIKI, I.06171) 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Anjurkan pasien menghindari tekanan pada bagian tubuh yang fraktur. 3. Anjurkan pasien mengurangi gerakan tangan kiri yang menyebabkan nyeri dan keparahan saat bergerak. 4. Anjurkan pasien untuk tidur miring ke kanan untuk menghindari penekanan pada bagian tubuh yang fraktur. 5. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang gerakan yang bisa menyebabkan nyeri dan keparahan.

3.	<p>Ansietas b.d. kurang terpapar informasi tentang prosedur dan tindakan operasi (D.0080)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ansietas menurun, dengan kriteria hasil (L.09093, hal. 132):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kecemasan akibat kondisi yang dihadapi pasien menurun. 2. Keluarga pasien dapat mengerti prosedur dan tindakan operasi yang menyebabkan kecemasan pasien. 	<p>Reduksi Ansietas (SIKI, I.09314)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda ansietas. 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan kepada pasien maupun keluarga. 3. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian. 4. Anjurkan rileks dengan posisi senyaman mungkin. 5. Kolaborasi dengan dokter penanggung jawab pemberian KIE prosedur operasi kepada pasien dan keluarga pasien.
----	---	---	--

3.5 Implementasi Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

No Dx	Waktu	Implementasi	Paraf	Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Selasa 24-01- 2023 16.00 16.05 16.15 16.30	<p>1. Melakukan monitor PQRST setiap 8 jam. P: Nyeri post agen cedera. Q: Seperti di tusuk-tusuk R: Punggung kiri S: 5 T: Hilang timbul</p> <p>2. Mengukur TTV T : 150/100 mmHg N : 90 kali/menit RR : 20 kali/menit S : 36,5°C SpO²: 96 %</p> <p>3. Mengajarkan & memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik kompres hangat dan distraksi.</p> <p>4. Hasil kolaborasi dengan medik memberikan: a. Asam mefenamat 500 mg per oral.</p>		20.30	<p>Hasil evaluasi penulis sebelum pergantian shift jaga dengan diagnosa: Nyeri akut b.d. agen pencedera fisik.</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri berkurang. Pasien mengatakan bisa melakukan teknik non farmakologis dengan kompres hangat dan distraksi. Skala nyeri: P: Nyeri post agen cedera. Q: Seperti di tusuk-tusuk R: Punggung kiri S: 4 T: Hilang timbul <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mampu melakukan tehnik non farmakologi kompres hangat dan distraksi dengan bimbingan. Tidak ada alergi dan efek samping obat yang diberikan. TTV: 	

		b. Amtriptylin 12,5 mg per oral.			<p>T : 133/88 mmHg N : 77 kali/menit RR : 18 kali/menit S : 36°C SpO₂: 98 %</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3.</p>	
2	16.45	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.		20.45	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d. gangguan muskuloskeletal pembatasan gerak.</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kurang nyaman dengan posisi istirahat yang di anjurkan karena belum terbiasa. 2. Keluarga pasien mengatakan mengerti dan akan menganjurkan pasien mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur miring ke kanan. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat sesekali masih tidur terlentang. 2. Keluarga pasien tampak mengingatkan agar pasien tidur miring ke kanan. 	
	16.55	2. Anjurkan dan berikan pasien teknik untuk mengurangi gerakan tangan sebelah kiri.				
	17.00	3. Anjurkan dan berikan pasien teknik untuk tidur dengan posisi miring ke kanan untuk meminimalkan tekanan pada punggung kiri.				
	17.15	4. Mengedukasi keluarga untuk menganjurkan pasien mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur dengan posisi miring ke kanan.				

3	17.20 17.30 17.40	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina komunikasi yang baik dengan pasien dan keluarga. 2. Mengidentifikasi tanda-tanda dan penyebab ansietas. 3. Kolaborasi dengan dokter penanggung jawab pemberian KIE tentang prosedur tindakan operasi. 		21.00	<ol style="list-style-type: none"> 3. Rentang gerak (ROM) bebas terbatas. 4. Kekuatan otot: $\frac{5555}{5555} \frac{3333}{5555}$ <p>A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan 1,3.</p> <p>Ansietas b.d. kurang terpapar informasi tentang prosedur tindakan operasi.</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak cemas lagi karena dokter menyetujui penolakan tindakan operasi dan setelah diberikan KIE tentang prosedur tindakan operasi. 2. Keluarga pasien mengatakan mengerti prosedur tindakan operasi setelah diberikan KIE oleh dokter. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang. 2. Keluarga pasien tampak sedang mengobrol dengan pasien. <p>A: Masalah teratasi. P: Intervensi dilanjutkan 1, 3.</p>	
---	-------------------------	--	---	-------	--	---

1	Rabu 25-01-2023 08.00 08.15 08.30 08.45	<p>1. Melakukan monitor PQRST setiap 8 jam. P: Nyeri post agen cedera. Q: Seperti di tusuk-tusuk R: Punggung kiri S: 4 T: Hilang timbul</p> <p>2. Mengukur TTV T : 140/90 mmHg N : 89 kali/menit RR : 18 kali/menit S : 36,4°C SpO₂: 98 %</p> <p>3. Menyarankan keluarga pasien menggunakan teknik nonfarmakologis secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik kompres hangat dan distraksi.</p> <p>4. Hasil kolaborasi dengan medik memberikan: a. Ketorolac 30 mg/ml per intravena. b. Ranitidin 25 mg/ml per intravena.</p>		13.30 13.45	<p>Hasil evaluasi penulis sebelum pergantian shift jaga pagi dengan diagnosa: Nyeri akut b.d. agen pencedera fisik</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri berkurang. Keluarga pasien mengatakan bisa melakukan tehnik non farmakologis dengan kompres hangat dan distraksi. Skala nyeri: P: Nyeri post agen cedera. Q: Seperti di tusuk-tusuk R: Punggung kiri S: 3 T: Hilang timbul <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga pasien mampu melakukan tehnik non farmakologi kompres hangat dan distraksi secara mandiri. Tidak ada alergi dan efek samping obat yang diberikan. Pemeriksaan TTV: T : 130/70 mmHg N : 79 kali/menit RR : 18 kali/menit 	
---	---	--	---	--	--	---

2	09.00 09.10 09.15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk mengurangi gerakan tangan sebelah kiri. 2. Menganjurkan pasien teknik tidur dengan posisi miring ke kanan untuk meminimalkan tekanan pada punggung kiri. 3. Menganjurkan keluarga pasien teknik untuk mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur dengan posisi miring ke kanan. 		13.45	<p>S : 36,2°C SpO₂: 98 %</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan 1, 3.</p> <p>Gangguan mobilitas fisik b.d. gangguan muskuloskeletal pembatasan gerak.</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah mulai terbiasa dengan teknik mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur miring ke kanan. 2. Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti teknik mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur miring ke kanan. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tidur miring ke kanan. 2. Rentang gerak (ROM) bebas terbatas. 3. Kekuatan otot: $\begin{array}{r l} 5555 & 4444 \\ \hline 5555 & 5555 \end{array}$ <p>A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan 1, 3.</p>	
---	---------------------------------	--	---	-------	---	---

1	<p>Kamis 26-01- 2023 08.00</p> <p>08.05</p> <p>08.20</p> <p>08.25</p>	<p>1. Melakukan monitor PQRST setiap 8 jam. P: Nyeri post agen cedera. Q: Seperti di tusuk-tusuk R: Punggung kiri S: 3 T: Hilang timbul</p> <p>2. Mengukur TTV T : 134/78 mmHg N : 82 kali/menit RR : 18 kali/menit S : 36°C SpO₂: 98 %</p> <p>3. Menganjurkan keluarga pasien menggunakan teknik nonfarmakologis secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik kompres hangat dan distraksi yang sudah diajarkan saat di rumah.</p> <p>4. Hasil kolaborasi dengan medik memberikan: a. Ketorolac 30 mg/ml per intravena. b. Ranitidin 25 mg/ml per intravena.</p>		<p>13.30</p>	<p>Hasil evaluasi penulis sebelum pasien KRS dengan diagnosa: Nyeri akut b.d. agen pencedera fisik</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri berkurang. Keluarga pasien mengatakan bisa melakukan teknik non farmakologis dengan kompres hangat dan distraksi dan akan melakukannya saat di rumah. Skala nyeri: P: Nyeri post agen cedera. Q: Seperti di tusuk-tusuk R: Punggung kiri S: 2 T: Hilang timbul <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga pasien mampu melakukan teknik non farmakologi kompres hangat dan distraksi secara mandiri. Tidak ada alergi dan efek samping obat yang diberikan. Pemeriksaan TTV: T : 130/70 mmHg N : 78 kali/menit 	
---	---	--	---	--------------	---	---

		<p>c. Esfolat 500 mg per oral. d. Candesartan 16 mg per oral.</p>			<p>RR : 18 kali/menit S : 36°C SpO₂: 99 %</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi dihentikan pasien persiapan KRS.</p>	
2	08.35	1. Menganjurkan pasien untuk mengurangi gerakan tangan sebelah kiri saat di rumah.		13.45	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d. gangguan muskuloskeletal pembatasan gerak.</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan sudah mulai terbiasa dengan teknik mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur miring ke kanan. 2. Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti teknik mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur miring ke kanan.</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak tidur miring ke kanan. 2. Rentang gerak (ROM) bebas terbatas. 4. Kekuatan otot: $\frac{5555}{5555} \frac{4444}{5555}$</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi dihentikan pasien persiapan KRS.</p>	
	08.40	2. Menganjurkan pasien menggunakan teknik untuk tidur dengan posisi miring ke kanan untuk meminimalkan tekanan pada punggung kiri saat di rumah.				
	08.45	3. Memberikan edukasi keluarga dan pasien untuk mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur dengan posisi miring ke kanan saat di rumah.				

BAB 4

PEMBAHASAN

Pembahasan ini ditunjukkan untuk menganalisa kesesuaian fakta yang terjadi pada pasien yang berkaitan dengan tinjauan kasus asuhan keperawatan pada Tn. T dengan diagnosa medis *close fracture of rib* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Kegiatan ini dilakukan melalui pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena telah berkenalan dan menjelaskan maksud serta tujuan penulis yaitu melaksanakan asuhan keperawatan sehingga klien dan keluarga terbuka serta kooperatif.

Pembahasannya adalah:

4.1.1 Identitas

Pasien bernama Tn. T berusia 56 tahun. Pasien beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa, pendidikan terakhir adalah Sekolah Menengah Atas, pekerjaan pasien sebagai pensiunan TNI AL. Pasien tinggal di Jombang bersama istri dan tiga orang anaknya. Pasien merupakan suami dari Ny. R dan bekerja sebagai ibu rumah tangga.

4.1.2 Keluhan Utama

Keluhan utama klien adalah nyeri punggung sebelah kiri dengan skala 6 (0-10). Menurut Andri et al., (2019) gejala yang sering ditemukan pada fraktur adalah nyeri fraktur tajam dan menusuk. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung jenis dan lamanya serangan (Padila, 2019). Selain nyeri keluhan yang muncul

karena fraktur adalah peningkatan pola nafas, nadi, tensi darah serta ansietas atau cemas.

4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Hasil pengkajian riwayat penyakit sekarang pasien mengatakan jatuh dari atap rumah dengan posisi jatuh miring ke kiri dengan tumpuan punggung sebelah kiri. Jatuh dari ketinggian \pm 4 meter. Sesuai dengan teori Feger, (2021) penyebab dari fraktur adalah trauma benda tumpul. Benturan dengan kecepatan tinggi atau kecepatan rendah dapat menyebabkan fraktur tulang rusuk, baik karena trauma kecelakaan maupun non-kecelakaan seperti terjatuh atau benda tumpul yang keras. Jatuh terjadi pada tanggal 23 Januari 2023 dengan keluhan nyeri pada punggung sebelah kiri dan belum diberi obat. Hari ke-2, pasien di antar oleh istrinya ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 24 Januari 2023 jam 11.00 WIB dengan keluhan sakit punggung sebelah kiri dan sedikit sesak. Setelah itu dilakukan tindakan pemasangan infus NS, injeksi ketorolac 30 mg/iv, injeksi ranitidin 50 mg/iv. Observasi TTV, T: 142/100 mm/Hg, N: 83 x/menit, S: 36,7°C, SpO₂: 96 %, RR: 20 x/menit, GDA: 109 mg/dL. Sesuai dengan penelitian Mahartha et al., (2017) untuk mengurangi nyeri tersebut, dapat dilakukan imobilisasi, (tidak menggerakkan daerah fraktur) dan dapat diberikan obat penghilang nyeri. Pemilihan obat (analgesik) anti nyeri harus sesuai dengan kondisi pasien terutama jika pasien tersebut alergi terhadap analgesik tertentu.

Pasien mengatakan menolak di operasi karena trauma pernah tiga kali operasi. Tindakan pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang akan mendatangkan stressor terhadap integritas seseorang secara psikologis berupa kecemasan (Nilasanti et al., 2021). Dengan pertimbangan otot-otot dada pasien

masih kuat menopang fraktur tersebut sehingga tidak dilakukan tindakan operasi, tetapi dilakukan tindakan konservatif berupa imobilisasi, pemberian analgesic dan vitamin.

4.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan diabetes militus. Riwayat penyakit dahulu klien adalah hipertensi dan diabetes militus. Orang yang memiliki riwayat penyakit diabetes militus bisa menghambat penyembuhan fraktur (Padila, 2019). Selain efek hiperglikemia yang mengganggu penyembuhan fraktur dan remodeling tulang, kontrol glikemik yang buruk juga dapat menyebabkan tubuh rentan terhadap infeksi dan meningkatkan komplikasi setelah fraktur. Pada pasien diabetes, dengan kontrol glikemik yang baik dan perawatan intensif akan mencegah komplikasi.

4.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ibu pasien mempunyai riwayat hipertensi. Pasien dengan riwayat hipertensi dapat menyebabkan menurunnya densitas mineral tulang sehingga memiliki waktu pemulihan yang lebih panjang (Abelio Dirgusma Dalung et al., 2022). Pemberian obat anti hipertensi dapat menurunkan resiko komplikasi pada pasien sehingga tidak mengganggu proses penyembuhan fraktur.

4.1.6 Pemeriksaan Fisik

1. B1 Pernafasan (Breath)

Bentuk dada normo chest, simetris, irama nafas regular, suara nafas tambahan tidak ada atau vesikuler, pola nafas eupnea, SpO₂ 98%, RR: 20 kali/ menit. Sesuai dengan teori saat dilakukan pemeriksaan dengan, inspeksi: irama nafas regular, palpasi: pergerakan sama atau simetris,

perkusi: tidak ada suara tambahan lainnya, auskultasi: suara nafas normal, tak ada wheezing, stridor dan ronchi. (Padila, 2019). Pada dasarnya, suara pernapasan yang normal terdengar di seluruh area dada, termasuk di atas tulang selangka dan di bawah tulang rusuk. Untuk menilai suara napas dengan memerhatikan empat suara napas utama, yaitu suara napas trakeal, suara napas bronkial, suara napas bronkovesikular, dan suara napas vesikular.

2. B2 Kardiovaskuler (Blood)

CRT < 2 detik, tekanan darah 150/100 mm/Hg, nadi 77 kali/menit, akral hangat, turgor kulit sedang, ictus cordis normal, irama jantung regular, nyeri dada tidak ada, bunyi jantung: S1-S2 tunggal, oedema tidak ada, hepatomegaly tidak ada, perdarahan tidak ada. Sesuai dengan teori saat dilakukan pemeriksaan dengan, inspeksi: irama jantung regular, palpasi: nadi meningkat, iktus tidak teraba, perkusi: bunyi pekak, tidak ada cardiomegaly, auskultasi: Suara S1 dan S2 tunggal (Padila, 2019). Pemeriksaan fisik kardiovaskuler dilakukan untuk kelengkapan dari rangkaian anamnesis yang dilakukan pada pasien, mengetahui diagnosis penyakit dari seorang pasien dan untuk menentukan tindakan selanjutnya yang tepat pada pasien.

3. B3 Persarafan (Brain)

Kesadaran compos mentis GCS: 456, refleks biceps triceps dan patella normal, refleks patologis: kaku kuduk tidak ada, kernig tidak ada, fungsi nervus kranial normal, tidak ada nyeri kepala, paralisis tidak ada, bentuk hidung simetris fungsi penciuman normal, mata simetris, pupil isokor

2mm/2mm, refleks: +/+, konjungtiva tidak anemis, sklera icterus, visus: 6/6, telinga normal dan bersih, fungsi pendengaran normal, lidah bersih, fungsi pengecap normal, uvula normal, palatum normal, afasia tidak ada, fungsi menelan normal. Sesuai dengan teori saat dilakukan pemeriksaan refleks biceps dan triceps normal, patella normal, nervus rianial normal atau ada kelainan (Padila, 2019). Bertujuan untuk mengevaluasi keadaan fisik pasien secara umum dan juga menilai apakah ada kelainan neurologis.

4. B4 Perkemihan (Bladder)

Tampak bersih, tidak ada ekskresi, vesica urinaria penuh, tidak ada nyeri tekan, eliminasi uri SMRS frekuensi 10 kali sehari, jumlah 1700 cc, warna kuning jernih, eliminasi uri MRS frekuensi 8 kali sehari, jumlah 1500 cc, warna kuning jernih. Sesuai dengan teori saat dilakukan pemeriksaan tidak ada hernia, tidak ada pembesaran lymphe, tidak ada kesulitan buang air kecil maupun buang air besar (Padila, 2019). Mengetahui keadaan fungsi sistem perkemihan, dan kelainan sistem perkemihan untuk menentukan diagnosis pasien dengan penyakit atau masalah pada sistem perkemihan.

5. B5 Pencernaan (Blower)

Mulut tampak bersih, membran mukosa lembab, gigi palsu tidak ada, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, nafsu makan baik, diit (makan & minum) SMRS nasi (padat), frekuensi 3 kali sehari, 1 porsi habis, minum 2800 cc sehari, jenis air putih, diit saat MRS nasi (padat), frekuensi 3 kali sehari, 1 porsi habis, minum 2500 cc sehari, bentuk abdomen flat, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien, tidak ada mual dan muntah, bising usus 12 kali sehari, eliminasi alvi SMRS frekuensi 1 kali sehari,

warna kuning kecoklatan, konsistensi padat lembek, eliminasi alvi saat MRS frekuensi 1 kali sehari, warna kuning kecoklatan, konsistensi padat lembek, tidak ada hemoroid. Sesuai dengan teori saat dilakukan pemeriksaan, inspeksi: bentuk datar, simetris, tidak ada hernia, palpasi: turgor baik, tidak ada defans muskuler, hepar tidak teraba, perkusi: suara thympani, ada pantulan gelombang cairan, auskultasi: peristaltik usus normal kurang lebih 20 kali/ menit (Padila, 2019). Pemeriksaan abdomen dapat digunakan untuk menemukan masalah pada organ perut seperti hati, ginjal, limpa, dan usus. Perawat dapat merasakan posisi, ukuran, dan konsistensi organ-organ tersebut untuk menentukan apakah terdapat masalah kesehatan.

6. B6 Muskuluskeletal & Integumen (Bone)

Hasil pemeriksaan fisik sistem muskulokeletal yaitu nyeri timbul pada saat tangan kiri di gerakkan, rentang gerak (ROM) bebas terbatas, kekuatan otot:

5555	3333
5555	5555

Pemeriksaan ini menentukan apakah ada gangguan gerak (mobilitas) atau tidak (Padila, 2019). Pasien dengan fraktur akan dilakukan imobilisasi untuk mengurangi pergerakan dan mencegah terjadinya komplikasi. Pemeriksaan gerakan/ moving sebagai penilaian adanya keterbatasan pada pergerakan sendi yang berdekatan dengan lokasi fraktur.

4.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Hasil foto thorax menunjukkan ada fraktur di costa 6 kiri posterior. Pemeriksaan foto thorax akan membantu menegakkan diagnosa secara tepat yaitu

pemeriksaan radiologi (foto thorax) dari fraktur bertujuan untuk menentukan lokasi dan luasnya fraktur (Zuriati, 2019). Foto thorax memberikan gambaran nyata lokasi fraktur kosta sehingga perawat bisa menentukan penatalaksanaan yang tepat dan sesuai kebutuhan pasien.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI, (2017) Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan atau penilaian seorang perawat terhadap masalah yang muncul akibat respon pasien.

Diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus ada tiga yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan trauma fraktur kosta.

Menurut PPNI, (2017) nyeri akut merupakan pengalaman sensori maupun emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang terjadi dalam waktu kurang dari tiga bulan. Dari hasil pengkajian pasien mengatakan nyeri pada punggung sebelah kiri, skala enam (0 - 10). Dengan skala nyeri, P: Nyeri post agen cedera, Q: Seperti di tusuk-tusuk, R: Punggung kiri, S: 6, T: Hilang timbul, pasien tampak meringis, tensi darah: 133/88 mm/Hg, nadi: 89 kali/menit, pernafasan: 20 kali/menit. Faktor pencetusnya adalah ketika terjadi fraktur akan menimbulkan pergeseran fragmen tulang sehingga memicu rangsangan mekanik atau kimia terhadap syaraf nosireseptor yang menyebabkan timbulnya nyeri (Andri et al., 2019). Pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, nadi meningkat dan gelisah. Untuk menentukan diagnosa nyeri akut diperlukan data subjektif yang akurat dari hasil persepsi pasien tentang masalah kesehatannya. Sedangkan dari data objektif adalah data yang

didapat dari pengamatan, observasi, pengukuran atau pemeriksaan fisik dengan beberapa metode.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dibuktikan dengan keterbatasan mobilitas gerak ekstremitas sinistra superior. Menurut PPNI, (2017) gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Dari hasil pengkajian pasien mengatakan nyeri saat tangan kiri di gerakkan ke atas dan belakang, saat tidur harus miring ke kanan dan rentang gerak (ROM) bebas terbatas. Kekuatan otot ekstimitas kiri atas terganggu. Faktor pencetusnya, saat terjadi fraktur mengakibatkan pergeseran fragmen tulang yang memicu deformitas sehingga terjadi gangguan sistem muskulokeletal penyebab dari gangguan mobilitas fisik (Zuriati, 2019). Pasien mengatakan nyeri saat tangan kiri di gerakkan ke atas dan belakang, pasien mengatakan saat tidur harus miring ke kanan, tangan kiri tampak pasif dan pasien tampak tidur miring ke kanan. Penatalaksanaan pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik yaitu dengan diberikannya latihan rentang gerak yang sesuai dengan kebutuhan dan jenis fraktur serta lokasi ekstremitas yang terkena fraktur.

3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi prosedur tindakan operasi.

Menurut PPNI, (2017) ansietas adalah kondisi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Hasil pengkajian secara subjektif pasien mengatakan menolak di operasi karena trauma pernah tiga kali operasi. Faktor pencetusnya adalah

tindakan pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang akan mendatangkan stressor terhadap integritas seseorang secara psikologis berupa kecemasan (Nilasanti et al., 2021). Pasien mengatakan trauma karena pernah operasi tiga kali, tampak tegang, gelisah dan frekuensi nadi meningkat. Selain trauma, penyebab ansietas pada pasien fraktur adalah ketakutan munculnya rasa nyeri setelah pembedahan, takut terjadi perubahan fisik (menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi secara normal), takut menghadapi peralatan bedah dan petugas, takut mati saat dilakukan anestesi, serta ketakutan operasi akan mengalami kegagalan.

4.3 Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan ini memiliki beberapa tujuan penting. diantaranya sebagai alat komunikasi antar sesama perawat dan tim kesehatan lainnya dalam pemberian asuhan keperawatan bagi pasien dan sebagai dokumentasi proses asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Menurut PPNI, (2018), intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan trauma fraktur kosta.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, skala nyeri 1-3 dan pola nafas membaik (PPNI, 2019).

Intervensinya adalah, monitor skala nyeri PQRST dan tanda-tanda vital setiap 8 jam, berikan dan ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa

nyeri dengan teknik kompres hangat dan distraksi, hasil kolaborasi dengan medik pemberian: asam mefenamat 3 x 500 mg peroral, amitriptylin 1 x 12, 5 mg peroral (PPNI, 2018). Salah satu teknik non farmakologisnya adalah memberikan kompres hangat yaitu, melakukan stimulasi kulit dan jaringan untuk mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan hangat/ panas dengan kriteria hasil tingkat nyeri menurun, sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO) pemberian kompres hangat (PPNI, 2021). Penatalaksanaan nyeri dengan tindakan non farmakologi merupakan metode yang lebih sederhana, murah, praktis, dan tanpa efek yang merugikan. Terapi kompres hangat efektif untuk menurunkan skala nyeri pada pasien karena memberikan efek vasodilatasi sehingga melebarkan pembuluh darah untuk meningkatkan aliran darah dan pengiriman oksigen ke bagian-bagian tubuh. Selain sebagai analgesic, ketorolac dan asam mefenamat adalah sebagai anti inflamasi yang mencegah peradangan pada bagian tubuh yang fraktur.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan keterbatasan mobilitas gerak ekstrimitas sinistra superior.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil, nyeri menurun, pasien dan keluarga mampu memahami gerakan yang bisa menyebabkan nyeri dan keparahan, pasien terbiasa dengan tehnik gerakan dan posisi untuk mengurangi nyeri (PPNI, 2019).

Intervensinya adalah, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, anjurkan pasien menghindari tekanan pada bagian tubuh yang fraktur,

anjurkan pasien mengurangi gerakan tangan kiri yang menyebabkan nyeri dan keparahan saat bergerak, anjurkan pasien untuk tidur miring ke kanan untuk menghindari penekanan pada bagian tubuh yang fraktur, jelaskan pada pasien dan keluarga tentang gerakan yang bisa menyebabkan nyeri dan keparahan (PPNI, 2018). Sesuai dengan hasil penelitian Mahartha et al., (2017) tentang prinsip penanggulangan cedera muskuloskeletal yaitu rekognisi (mengenali), reduksi (mengembalikan), retaining (mempertahankan), dan rehabilitasi. Memberikan latihan rentang gerak aktif atau pasif sesuai dengan lokasi fraktur, mendampingi, bermobilisasi, serta mengobservasi kemampuan pasien dalam melakukan *range of motion* (Nanik Dwi A et al., 2020). Teknik gerakan ini bertujuan untuk pengembalian kemampuan fungsi dan aktivitas kehidupan sehari-hari serta meningkatkan kualitas hidup pasien dengan cara aman dan efektif, sesuai kemampuan fungsional yang ada.

3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang prosedur dan tindakan operasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil kecemasan akibat kondisi yang dihadapi pasien menurun, keluarga pasien dapat mengerti prosedur dan tindakan operasi yang menyebabkan kecemasan pasien (PPNI, 2019).

Intervensinya adalah, monitor tanda-tanda ansietas, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan kepada pasien maupun keluarga, pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian, anjurkan rileks dengan posisi nyaman mungkin, kolaborasi dengan dokter penanggung

jawab pemberian KIE prosedur operasi kepada pasien dan keluarga pasien. Amitriptyline termasuk dalam golongan obat antidepresan trisiklik. Sesuai teori Febtrina, (2019) yaitu mengukur tingkat ansietas pada pasien yang disebabkan oleh ketakutan pasien terhadap tanda dan gejala penyakit, pendidikan kesehatan yang diberikan dapat menambah pengetahuan pasien tentang penyebab dari ansietas yang dirasakan dan bagaimana cara mengatasinya. Ansietas disebabkan oleh ketakutan pasien terhadap tanda dan gejala penyakit maupun tindakan operasi, gangguan psikologis seperti ansietas dapat mempengaruhi persepsi tingkat kesehatan dan menurunkan kepatuhan terhadap pengobatan, maka perlu diberikan KIE kepada pasien maupun keluarga terkait gejala penyakit yang di alami untuk menurunkan ketegangan dan kecemasan.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Leniwita & Anggraini, 2019). Implementasi yang dilakukan pada Tn. T selama 3 x 24 jam perawatan adalah sebagai berikut:

1. Implementasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan trauma fraktur kosta.

Hari pertama tindakan keperawatannya yaitu, melakukan monitor PQRST setiap 8 jam, mengukur tanda-tanda vital, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik kompres hangat dan distraksi, hasil kolaborasi dengan medik memberikan: ketorolac 30 mg/ml secara parenteral, asam mefenamat 500 mg peroral, amitriptylin 12,5 mg peroral. Hari kedua yaitu, melakukan monitor PQRST setiap 8 jam, mengukur tanda-tanda vital, menganjurkan keluarga pasien menggunakan teknik non farmakologis secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik kompres hangat dan distraksi, hasil kolaborasi dengan medik memberikan: ketorolac 30 mg/ml secara parenteral, ranitidin 25 mg/ml secara parenteral. Hari ketiga yaitu, melakukan monitor PQRST setiap 8 jam, mengukur tanda-tanda vital, menganjurkan keluarga pasien menggunakan tehnik non farmakologis secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik kompres hangat dan distraksi saat dirumah, hasil kolaborasi dengan medik memberikan: ketorolac 30 mg/ml secara parenteral, ranitidin 25 mg/ml secara parenteral, esfolat 500 mg peroral, candesartan 16 mg peroral. Sesuai dengan teori Ana et al., (2020) tindakan keperawatan awal adalah memonitor skala nyeri secara teratur dan bersamaan dengan tanda-tanda vital yang lainnya. Selanjutnya pasien dan keluarga diberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur dari terapi non farmakologi dengan kompres hangat (Made Suryani; & Soesanto, 2020). Setelah itu dikombinasikan dengan pemberian analgesik untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien (Wainsani & Khoiriyah, 2020). Tindakan untuk mengatasi nyeri dengan terapi non farmakologi mencakup pendekatan secara fisik dan perilaku

kognitif. Tujuan pendekatan secara fisik, agar nyeri berkurang, memperbaiki disfungsi fisik, mengubah respon fisiologis, serta mengurangi ketakutan yang berhubungan dengan imobilitas terkait nyeri.

2. Implementasi pada diagnosa kepeawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan keterbatasan mobilitas gerak ekstremitas sinistra superior.

Pada hari pertama yaitu, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, anjurkan dan berikan pasien teknik untuk mengurangi gerakan tangan sebelah kiri, anjurkan dan berikan pasien teknik untuk tidur dengan posisi miring ke kanan untuk meminimalkan tekanan pada punggung kiri, edukasi keluarga untuk menganjurkan pasien mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur dengan posisi miring ke kanan. Hari kedua yaitu, menganjurkan pasien untuk mengurangi gerakan tangan sebelah kiri, menganjurkan pasien teknik tidur dengan posisi miring ke kanan untuk meminimalkan tekanan pada punggung kiri, menganjurkan keluarga pasien teknik untuk mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur dengan posisi miring ke kanan. Hari ketiga yaitu, menganjurkan pasien untuk mengurangi gerakan tangan sebelah kiri saat di rumah, menganjurkan pasien menggunakan teknik untuk tidur dengan posisi miring ke kanan untuk meminimalkan tekanan pada punggung kiri saat di rumah, memberikan edukasi keluarga dan pasien untuk mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur dengan posisi miring ke kanan saat di rumah. Sesuai teori Wahyuni et al., (2022) tindakan pertama pada fraktur costa adalah berfokus pada manajemen nyeri yang adekuat dan mobilisasi dini. Memberikan latihan rentang gerak aktif atau pasif sesuai dengan lokasi fraktur, mendampingi,

bermobilisasi, serta mengobservasi kemampuan pasien dalam melakukan *range of motion* (Nanik Dwi A et al., 2020). Tindakan keperawatan ini saat diberikan kepada pasien harus ada keluarga yang mendampingi, tujuannya adalah ketika tidak ada perawat yang membimbing maka keluarga pasien bisa membimbing pasien melakukan teknik yang sudah diajarkan perawat secara mandiri.

3. Implementasi pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang prosedur dan tindakan operasi.

Tindakan keperawatannya yaitu, membina komunikasi yang baik dengan pasien dan keluarga, mengidentifikasi tanda-tanda dan penyebab ansietas, kolaborasi dengan dokter penanggung jawab pemberian KIE tentang prosedur tindakan operasi. Penerapan komunikasi terapeutik oleh perawat di lingkungan rumah sakit berperan besar untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan, setelah pemberian KIE pasien akan mengetahui apa yang sedang dilakukan dan apa yang akan dilakukan selama di rumah sakit sehingga perasaan pasien dan pikiran yang menimbulkan masalah psikologis pasien dapat teratasi seperti kecemasan dan ketakutan (Sasmito et al., 2019). Setiap tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi ansietas harus disesuaikan dengan kondisi psikologis pasien agar tujuan dan kriteria hasil tercapai dan masalah keperawatan dapat teratasi.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur

keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Leniwita & Anggraini, 2019).

Evaluasi untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan trauma fraktur kosta pada Tn. T setelah 3 x 24 jam pemberian asuhan keperawatan didapatkan:

S: Pasien mengatakan nyeri berkurang, keluarga pasien mengatakan bisa melakukan teknik non farmakologis dengan kompres hangat dan distraksi dan akan melakukannya saat di rumah. Skala nyeri: 2.

O: Keluarga pasien mampu melakukan teknik non farmakologi kompres hangat dan distraksi secara mandiri, tidak ada alergi dan efek samping obat yang diberikan.

TD= 130/70 mmHg, Nadi= 78 kali/menit, RR= 18 kali/menit, S= 36°C, SpO₂= 99 %.

A: Masalah teratasi sebagian.

P: Intervensi dihentikan (pasien KRS): mengajarkan teknik kompres hangat dan distraksi untuk manajemen nyeri.

Seluruh rangkaian keperawatan sudah sesuai dengan tujuan keperawatan yaitu tingkat nyeri menurun dan kriteria hasilnya keluhan nyeri menurun, skala nyeri 1-3, dan pola napas membaik (PPNI, 2019). Nyeri dapat diatasi dengan terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Teknik non farmakologi banyak digunakan untuk mengatasi nyeri pada pasien fraktur, selain itu terapi non farmakologi tidak memiliki efek samping.

Evaluasi untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulokeletal ditandai dengan keterbatasan mobilitas gerak ekstremitas

sinistra superior pada Tn. T setelah 3 x 24 jam pemberian asuhan keperawatan didapatkan:

S: Pasien mengatakan sudah mulai terbiasa dengan teknik mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur miring ke kanan, keluarga pasien mengatakan sudah mengerti teknik mengurangi gerakan tangan kiri dan tidur miring ke kanan.

O: Pasien tampak tidur miring ke kanan, rentang gerak (ROM) bebas terbatas,

kekuatan otot:
$$\begin{array}{r|l} 5555 & 4444 \\ \hline 5555 & 5555 \end{array}$$

A: Masalah teratasi sebagian.

P: Intervensi dihentikan (pasien KRS), edukasi pasien dan keluarga mempertahankan posisi saat tidur menghadap ke kanan dan mengurangi gerakan tangan kiri.

Seluruh rangkaian keperawatan sudah sesuai dengan tujuan keperawatan yaitu tingkat ansietas menurun dan kriteria hasilnya nyeri menurun, pasien dan keluarga mampu memahami dan melaksanakan gerakan yang bisa menyebabkan nyeri dan keparahan, pasien terbiasa dengan teknik gerakan dan posisi untuk mengurangi nyeri. (PPNI, 2019). Secara umum pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan mampu melakukan gerakan yang dianjurkan oleh perawat. Pasien dan keluarga pun sangat kooperatif sehingga memudahkan perawat memberikan asuhan keperawatan.

Evaluasi untuk diagnosa ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang prosedur dan tindakan operasi pada Tn. T setelah 1 x 24 jam pemberian asuhan keperawatan didapatkan:

S: Pasien mengatakan tidak cemas lagi karena dokter menyetujui penolakan tindakan operasi, keluarga pasien mengatakan mengerti prosedur tindakan operasi.

O: Pasien tampak tenang, keluarga pasien tampak sedang mengobrol dengan pasien.

A: Masalah teratasi.

P: Intervensi dihentikan (pasien KRS).

Seluruh rangkaian keperawatan sudah sesuai dengan tujuan keperawatan yaitu tingkat ansietas menurun dan kriteria hasilnya kecemasan akibat kondisi yang dihadapi pasien menurun, keluarga pasien dapat mengerti prosedur dan tindakan operasi yang menyebabkan kecemasan pasien (PPNI, 2019). Saat pengkajian kepada pasien tidak mengalami kesulitan karena pasien sangat kooperatif dan saat dilakukan asuhan keperawatan pasien secara terbuka mengungkapkan masalah yang menyebabkan ansietas serta dukungan dari orang terdekat atau keluarga sangat membantu untuk menurunkan ansietas.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus *close fracture of rib* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa *close fracture of rib*.

5.1 Kesimpulan

Dari hasil pembahasan yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien *close fracture of rib* di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian pasien mengalami jatuh dari atap rumah dengan posisi jatuh miring ke kiri dengan tumpuan punggung sebelah kiri dari ketinggian ± 4 meter mengeluh nyeri pada punggung sebelah kiri. Nyeri timbul saat tangan kiri digerakkan atau saat batuk. Setelah di bawa ke IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya didapatkan hasil foto thoraks adanya fraktur costa 6 kiri posterior. Pasien menolak untuk di operasi karena trauma pernah operasi tiga kali. Pada kasus pasien memang tidak dilakukan tindakan operasi dengan pertimbangan otot-otot dada pasien masih kuat untuk menahan fraktur costa tersebut serta telah diberikan obat-obatan anti nyeri, vitamin, serta istirahat. Hasil pengkajian pasien juga memiliki riwayat hipertensi dan diabetes militus. Pemeriksaan fisik muskulokeletal dengan hasil rentang gerak (ROM) bebas terbatas. Kekuatan otot: 5555 | 3333

5555 | 5555

Menurut Andri et al., (2019) gejala yang sering ditemukan pada fraktur adalah nyeri dan Nilasanti et al., (2021) menyatakan bahwa tindakan pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang akan mendatangkan stressor terhadap integritas seseorang secara psikologis berupa kecemasan serta pemeriksaan foto thorax akan membantu menegakkan diagnosa secara tepat (Zuriati, 2019). Hasil pengkajian pasien sudah sesuai dengan teori sehingga dapat menegakkan diagnosa yang tepat.

2. Diagnosa keperawatan yang muncul setelah dilakukan pengkajian adalah, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan trauma fraktur kosta. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulokeletal ditandai dengan keterbatasan mobilitas gerak ekstrimitas sinistra superior. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang prosedur dan tindakan operasi. Sesuai dengan teori tentang patofisiologi dan walk of caution fraktur kosta sehingga muncul diagnosa tersebut (Andri et al., 2019; Zuriati, 2019). Menentukan diagnosa keperawatan adalah berdasarkan data yang didapatkan dari pasien baik dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik, catatan medis dan pemeriksaan laboratorium. Penentuan diagnosa keperawatan sangat penting, karena akan memengaruhi tindakan keperawatan yang tepat sesuai kebutuhan pasien.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan trauma fraktur kosta. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan tingkat nyeri menurun dan kriteria hasil skala nyeri 1-3 (0-10) (PPNI, 2019). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulokeletal ditandai dengan keterbatasan mobilitas gerak ekstrimitas sinistra superior.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan tingkat mobilitas membaik dan kriteria hasil pasien dan keluarga mampu memahami dan melaksanakan gerakan yang bisa menyebabkan nyeri dan keparahan, pasien terbiasa dengan tehnik gerakan dan posisi untuk mengurangi nyeri (PPNI, 2019). Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang prosedur dan tindakan operasi. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan tingkat ansietas menurun dan kriteria hasil kecemasan akibat kondisi yang dihadapi pasien menurun dan keluarga pasien dapat mengerti prosedur dan tindakan operasi yang menyebabkan kecemasan pasien (PPNI, 2019). Intervensi keperawatan yang telah dirumuskan merupakan hasil akhir yang ingin dicapai secara objektif atau merupakan tujuan operasional langsung dari kedua belah pihak (klien dan perawat). Tujuan perawatan hendaknya sejalan dengan tujuan klien mencakup tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang, kriteria keberhasilan sebagai dasar evaluasi serta menjadi pedoman dari perencanaan tindakan keperawatan. Rencana tindakan keparawatan pada pasien sudah menyesuaikan dengan keadaan pada pasien secara rasional, juga berdasarkan keputusan yang sudah dibuat sebelumnya.

4. Penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan secara mandiri pada pasien dengan nyeri akut adalah menganjurkan keluarga teknik kompres hangat dan distraksi untuk memberi efek terapeutik meringankan nyeri (PPNI, 2021). Hasil kolaborasi dengan tenaga medis yang lain adalah pemberian obat anti nyeri (Mahartha et al., 2017). Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan tenaga medis yang lain dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang

memerlukan kerja sama antara perawat, pasien dan keluarga, serta kolaborasi dengan tenaga medis.

Tindakan keperawatan dengan diagnosa medis gangguan mobilitas fisik adalah memberikan latihan rentang gerak aktif atau pasif sesuai dengan lokasi fraktur, mendampingi, bermobilisasi, serta mengobservasi kemampuan pasien dalam melakukan *range of motion* (Nanik Dwi A et al., 2020). Pelaksanaan pada tindakan keperawatan penulis berusaha dengan baik serta memberikan komunikasi terapeutik dengan keluarga dan klien, untuk memudahkan melakukan implementasi yang sesuai dengan rencana tindakan sebelumnya. Namun pada implementasi ini penulis tidak semua memberikan asuhan yang sudah direncanakan melainkan hanya sesuai kebutuhan klien saja.

Tindakan keperawatan dengan diagnosa medis ansietas adalah kolaborasi dengan dokter penanggung jawab memberikan KIE tentang prosedur dan tindakan operasi untuk mengatasi kecemasan (Sasmito et al., 2019). Edukasi pada pasien dan keluarga pasien dengan ansietas perlu dilakukan mengenai penyakit dan rencana terapi pasien. Selain kolaborasi dengan dokter penanggung jawab, hubungan pasien dan keluarga dapat menjadi salah satu modalitas dan penentu keberhasilan terapi pada pasien.

5. Evaluasi keperawatan yang dilaksanakan mulai tanggal 24 sampai 26 Januari 2023 dengan diagnosa medis:

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan trauma fraktur kosta dengan hasil evaluasi, keluhan nyeri menurun, skala

nyeri 2, keluarga pasien mampu melakukan teknik non farmakologi kompres hangat dan distraksi secara mandiri dan pasien tidak alergi obat (PPNI, 2019). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulokeletal ditandai dengan keterbatasan mobilitas gerak ekstremitas sinistra superior dengan hasil evaluasi, mobilitas fisik meningkat, nyeri menurun, pasien dan keluarga mampu memahami gerakan yang bisa menyebabkan nyeri dan keparahan, pasien terbiasa dengan teknik gerakan dan posisi untuk mengurangi nyeri (PPNI, 2019). Kekuatan otot: 5555 | 4444

5555	4444
5555	5555

Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang prosedur dan tindakan operasi dengan hasil evaluasi, kecemasan akibat kondisi yang dihadapi pasien menurun, dan keluarga pasien dapat mengerti prosedur dan tindakan operasi yang menyebabkan kecemasan pasien (PPNI, 2019). Semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, serta kolaborasi dengan tenaga medis. Hasil evaluasi pada Tn. T sudah sesuai dengan tujuan keperawatan, masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 26 Januari 2023.

5.2 Saran

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan diagnosa medis *close fracture of rib* disarankan agar:

1. Bagi Pasien Dan Keluarga

Pasien mengurangi mobilisasi pada bagian yang fraktur agar tulang iga ke enam tidak mengalami pergeseran.

2. Bagi Penulis

Bagi penulis selanjutnya diharapkan dapat menjadi rujukan untuk penelitian selanjutnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *close fracture of rib*.

3. Bagi Manajer Keperawatan RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Memberikan kebijakan dan standar prosedur operasional (SPO) dalam mengelola asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *close fracture of rib* mengenai manajemen nyeri non farmakologis, manajemen mobilitas fisik dan reduksi ansietas.

4. Bagi Praktisi Keperawatan

Memberikan edukasi dan menerapkan manajemen nyeri non farmakologis, manajemen mobilitas fisik dan reduksi ansietas asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *close fracture of rib*.

5. Bagi Pendidikan Keperawatan

Mahasiswa mampu melakukan edukasi dan menerapkan manajemen nyeri non farmakologis, manajemen mobilitas fisik dan reduksi ansietas asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *close fracture of rib*.

DAFTAR PUSTAKA

- Abelio Dirgusma Dalung, Y., Munir, S., & Danial. (2022). Hubungan Hipertensi Dan Diabetes Melitus Pada Pasien Fraktur Tulang Panjang Lansia Terhadap Lama Rawat Inap Pasca Bedah Di Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Jurnal Verdure*, 4(1), 176–182.
- Ana, I. H., Limbong, E. O., Kusman, I., & Nandang. (2020). Pengalaman Dan Manajemen Nyeri Pasien Pasca Operasi Di Ruang Kemuning V Rsup Dr. Hasan Sadikin Bandung : Studi Kasus. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 11(2), 187. <https://doi.org/10.26751/jikk.v11i2.795>
- Andri, J., Panzilion, P., & Sutrisno, T. (2019). Hubungan antara Nyeri Fraktur dengan Kualitas Tidur Pasien yang di Rawat Inap. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(1), 55–64. <https://doi.org/10.31539/jka.v1i1.633>
- Burhanuddin Basri, Tri Utami, E. M. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan* (M. H. Nafiz (ed.)). Media Sains Indonesia.
- Dewi, E. I., Yollanda, A., Widayati, N., & Rondhianto, R. (2020). Pengaruh Therapeutic Exercise Walking terhadap Sirkulasi Darah Perifer pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Kelurahan Gebang Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. (The Effect of Therapeutic Exercise Walking on Pheripheral Blood Circulation in Patients wit. *Pustaka Kesehatan*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.19184/pk.v8i1.5915>
- Febrina, T. Y., Permana, H. H., Aglusi, I., & Badri. (2023). Studi Kasus Pasien Fraktur Tertutup Clavikula Dextra Dengan Nyeri Akut. *Ensiklopedia of Journal*, 5(2),

376–383.

- Febtrina, R. (2019). Efek Terapi Relaksasi Nafas Dalam Dan Hipnosis 5 Jari Terhadap Penurunan Ansietas Pasien Heart Failure. *Jurnal Ipteks Terapan*, 12(4), 250. <https://doi.org/10.22216/jit.2018.v12i4.3720>
- Feger, J. (2021). Rib Fracture. *Radiopaedia*, 1–12. <https://radiopaedia.org/articles/rib-fractures?lang=us>
- Fitriyani, L., Syahputri, R. E. N., Lovani, R. J., Maulid, H., & Fauzi, A. H. (2017). My Body: Aplikasi Pembelajaran Organ Vital dan Tulang pada Rangka Tubuh Manusia menggunakan Augmented Reality. *E-Proceeding of Applied Science*, 3(2), 1094–1102.
- Ibrahim, Fransisca, D., & Sari, N. F. (2020). Perbandingan Teknik Distraksi dan Relaksasi Terhadap Intensitas Nyeri Perawatan Luka Operasi Di Ruang Bedah. *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*, 11(2), 290–299.
- Jume. (2022). *Pengertian Tulang Rusuk Lengkap Struktur dan Fungsinya* (Redaksi (ed.)). PT. Fajar Media Pendidikan, Gedung Graha Pena Makassar, Lt. IV Jl. Urip Sumoharjo No. 20, Makassar. <https://www.fajarpendidikan.co.id/pengertian-tulang-rusuk-lengkap-struktur-dan-fungsinya/>
- Kepel, F. R., & Lengkong, A. C. (2020). Fraktur geriatrik. *E-CliniC*, 8(2), 203–210. <https://doi.org/10.35790/ecl.v8i2.30179>
- Leniwita, H., & Anggraini, Y. (2019). Modul dokumentasi keperawatan. *Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia*, 1–182.
- Made Suryani, & Soesanto, E. (2020). Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Tertutup Dengan Pemberian Terapi Kompres Dingin. *Ners Muda*,

1(3), 172. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i3.6304>

Mahartha, G. R. A., Maliawan, S., & Kawiyana, K. S. (2017). Manajemen Fraktur Pada Trauma Muskuloskeletal. *E-Jurnal Medika Udayana*, 2(3), 548–560.

Merdekawati, D., Astuti, A., & AZ, R. (2022). Peningkatan Kompetensi Perawat Tentang deteksi Dini Sirkulasi Perifer Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II. *Jurnal Keperawatan*, 14(Dm), 377–386.

<http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>

Nanik Dwi A, Ariesti, E., & Purwanti, A. (2020). Studi Kasus Pasien Post Op-Fraktur Ekstremitas Bawah Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang. *Program Studi D3 Keperawatan Program RPL Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Waluyo Malang*, 8(75), 147–154.

Nilasanti, N. M. R., Manggasa, D. D., Suharto, D. N., & Malaha, A. F. (2021). Studi Literatur ; Terapi Emotional Freedom Technique (Eft) Terhadap Penurunan Ansietas Pasien Dengan Pre Operasi. *Madago Nursing Journal*, 2(2), 48–57. <http://poltekkespalu.ac.id/jurnal/index.php/MNJ/article/view/777/289>

Padila. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah* (3rd ed.). Nuha Medika.

Padila, P., Agusramon, A., & Yera, Y. (2019). Terapi Story Telling dan Menonton Animasi Kartun terhadap Ansietas. *Journal of Telenursing*, 1(1), 51–66. <https://doi.org/10.31539/joting.v1i1.514>

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Pratama, D. N. (2017). Identifikasi Risiko Musculoskeletal Disorders(Msds) Pada Pekerja Pandai Besi. *The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health*, 6(1), 78. <https://doi.org/10.20473/ijosh.v6i1.2017.78-87>
- Prieharti & Yekti, M. (2021). *Penyakit Tulang Gak Cuma Osteoporosis* (Purindraswari (ed.); 1st ed.). Rapha Publishing.
- Samosir, E. (2020). *Konsep Pengkajian Sebagai Elemen Kunci Asuhan Keperawatan Berkualitas*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/c4u5f>
- Sasmito, P., Majadanlipah, M., Raihan, R., & Ernawati, E. (2019). Penerapan Teknik Komunikasi Terapeutik Oleh Perawat pada Pasien. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Ternate*, 11(2), 58. <https://doi.org/10.32763/juke.v11i2.87>
- Sulistyowati, A. (2018). Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital. In Kusuma Wijaya Ridi Putra (Ed.), *Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo* (1st ed., Vol. 1, Issue 1). Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
- Sutanta. (2022). *Anatomi Fisiologi Manusia* (Tim Thema Publishing (ed.); 1st ed.). Thema Publishing.
- Wahyuni, A. T., Masfuri, M., & Arista, L. (2022). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mortalitas Pada Pasien Dengan Fraktur Costa: Literature Review. *Jurnal Keperawatan Widya Gantari Indonesia*, 6(2), 157. <https://doi.org/10.52020/jkwgi.v6i2.4151>

- Wainsani, S., & Khoiriyah, K. (2020). Penurunan Intensitas Skala Nyeri Pasien Appendiks Post Appendiktomi Menggunakan Teknik Relaksasi Benson. *Ners Muda*, 1(1), 68. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5488>
- Wijayadi, L. J., & Wardoyo, A. H. (2022). Peran Hidrasi Kulit Dan Perbaikan Sawar Kulit Pada Xerosis Dan Pruritus Di Usia Lanjut. *Jurnal Muara Medika Dan Psikologi Klinis*, 02(01), 73–82. <https://journal.untar.ac.id/index.php/JMMPK/article/view/20490>
- Zahro, S. (2021). Asuhan Keperawatan pada Klien Sdr. A dengan Kasus Fraktur Manus di Ruangan Mawar RSD Balung Jember. *Doctoral Dissertation, Universitas Muhammadiyah Jember*.
- Zhang, Q., Song, L., Ning, S., Xie, H., Li, N., & Wang, Y. (2019). Recent advances in rib fracture fixation. *Journal of Thoracic Disease*, 11(Sup 8), S1070–S1077. <https://doi.org/10.21037/jtd.2019.04.99>
- Zuriati, S. M. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi Nanda NIC & NOC* (T. Penulis (ed.); 1st ed.). Pustaka Galeri Mandiri Perum Batu Kasek E11, Jl. Batu Kasek, Pagambiran Ampalu Nan XX Lubuk Begalung, Padang. Sumatra Barat. 25226.

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) KOMPRES HANGAT

Lampiran 1 Standar Prosedur Operasional (SPO) Kompres Hangat (PPNI, 2021)

 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) TERAPI KOMPRES HANGAT	
Pengertian	Melakukan stimulasi kulit dan jaringan untuk mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan hangat/ panas.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperlancar sirkulasi darah. 2. Menurunkan suhu tubuh. 3. Mengurangi rasa sakit/ nyeri. 4. Memberikan rasa hangat, nyaman dan tenang pada klien.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien yang kedinginan (suhu tubuh rendah). 2. Spasme otot. 3. Adanya abses, hematoma. 4. Klien dengan nyeri.
Alat Dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baskom berupa air hangat dengan suhu 40°C - 50°C. 2. Handuk/ waslap. 3. Handuk pengering. 4. Sarung tangan.
Prosedur Tindakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis). 2. Jelaskan dan langkah-langkah prosedur. 3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: <ol style="list-style-type: none"> a) Sarung tangan bersih. b) Alat kompres hangat. c) Kain penutup kompres. d) Pilih alat kompres yang nyaman dan mudah didapat (seperti kemasan gel beku, kain atau handuk). 4. Periksa suhu alat kompres.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah. 6. Pasang sarung tangan bersih. 7. Pilih lokasi kompres. 8. Balut alat kompres hangat dengan kain, jika perlu. 9. Lakukan kompres hangat pada daerah yang sudah dipilih. 10. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi. 11. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan. 12. Lepaskan sarung tangan. 13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah. 14. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan dan respons pasien.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon klien. 2. Kompres terpasang dengan benar. 3. Skala nyeri klien menurun.
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelaksanaan. 2. Catat hasil dokumentasi setiap tindakan yang dilakukan dan di evaluasi.
Skala Pengukuran Intensitas Nyeri	 <p style="text-align: center;">Skala NRS (Numeric Rating Scale)</p> <p style="text-align: center;">●——●——●——●——●——●——●——●——●——●</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Tidak Nyeri Nyeri Ringan Nyeri Sedang Nyeri Berat Nyeri Hebat</p>

LEAFLET MANAJEMEN NYERI

Lampiran 2 Leaflet Manajemen Nyeri

<p>CONTOH MANAJEMEN NYERI</p> <p>1. Distraksi Metode nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Contohnya yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Menonton tv. Membaca buku. Ngobrol dengan keluarga atau teman. Mendengarkan music.  <p>2. Relaksasi Napas Dalam Tahapan untuk melakukan deep breathing:</p> <ul style="list-style-type: none"> Duduklah dengan posisi yang nyaman dengan punggung yang tegak. Tariklah napas melalui hidung. Buang napas melalui mulut, dorong udara sebanyak mungkin sambil mengontraksikan otot perut. Lanjutkan bernapas melalui hidung dan keluarkan melalui mulut. 	 <p>3. Kompres Hangat Berdampak pada peningkatan aliran darah sehingga menurunkan nyeri dan mempercepat penyembuhan. Aturan penggunaan kompres hangat:</p> <ul style="list-style-type: none"> Saat hendak menggunakan kompres hangat, pastikan suhu kompres tidak terlalu panas guna mencegah terjadinya luka bakar pada kulit. Suhu kompres hangat yang disarankan adalah sekitar 40°C–45°C. Letakkan kompres hangat secara langsung pada bagian tubuh yang sakit selama 15–20 menit. <p>SEMOGA BERMANFAAT</p>	 <p>MAHASISWA D-III KEPERAWATAN</p>  <h2>MANAJEMEN NYERI</h2>  <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA BEKERJA SAMA DENGAN RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA</p> <p>Activate V Go to Setting</p>
<p>PENGERTIAN NYERI</p> <p>Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terjadi bila kita mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh kita. Nyeri dapat terasa sakit, panas, gemetar, kesemutan, seperti terbakar, tertusuk, atau ditikam.</p>  <p>KLASIFIKASI SECARA UMUM</p> <p>1. Nyeri Akut Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan di tandai adanya peningkatan tegangan otot.</p> <p>2. Nyeri Kronis Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan.</p>	<p>TANDA DAN GEJALA NYERI</p> <ol style="list-style-type: none"> Suara merintih, menghembuskan nafas. Ekspresi wajah: meringis, menggigit  <ol style="list-style-type: none"> lidah, mengatupkan gigi, tertutup rapat/ membuka mata atau mulut. Pergerakan tubuh: gelisah, mondar-mandir, bergerak melindungi tubuh, otot tegang. Interaksi sosial: menghindari percakapan kontak sosial, fokus aktivitas untuk mengurangi nyeri. 	<p>APA ITU MANAJEMEN NYERI</p> <p>Manajemen nyeri adalah mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.</p>  <p>Tujuan adanya manajemen nyeri antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan. Meningkatkan fungsi bagian tubuh yang sakit dan meningkatkan kualitas hidup. Mengurangi ketegangan otot Mengalihkan perhatian agar nyeri tidak terasa atau hilang <p>Activate V Go to Setting</p>

Lampiran 3 Motto dan Persembahan

MOTTO

“ Jika tidak berjuang untuk apa yang kita inginkan maka jangan menangis untuk apa yang tidak kita dapatkan ”

PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk :

1. Ibu, adik dan almarhum bapak tercinta yang telah memberikan curahan kasih dan sayang yang tak terhingga, serta dukungan dan semangat yang tak ada habisnya.
2. Keluarga besar yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang selalu memberi semangat dan motivasi.
3. Teman-teman (bang Yudhi, bang Bayu, bang Fatrik, bang Bambang, mas Yogi, Iskandar, Akbar, Adella, Brilian, Detta, Dikirma, Eka, Hafshin, Sofyan) yang selalu memberi dukungan dan motivasi dalam setiap kesulitan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Teman-teman seperjuangan Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak/Ibu dosen yang selalu membimbing dan mengarahkan setiap saat tanpa lelah serta memberikan ilmu dan pengalamannya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

BIODATA

ALI MIFTAH

“ Saya adalah orang yang percaya pada kerja keras, Namun kerja keras harus dengan cara yang pintar ”



KONTAK SAYA



Phone

0822-3308-1214



Email

farmachistarmy@gmail.com



Alamat

JL. KESATRIA NO. 87
RT.03/04 KARANG
PILANG SURABAYA

Desa - Kecamatan

Desa Rumahmu 08/09

Kec. Rumahmu - Serang

TENTANG SAYA

NAMA LENGKAP : ALI MIFTAH
TTL : PATI, 07 AGUSTUS 1986
AGAMA : ISLAM
STATUS : MENIKAH
HOBBY : VOLLEY BALL
PENDIDIKAN : D3 KEPERAWATAN

KEMAMPUAN

MS. OFFICE (WORD, EXCEL, POWER POINT)
KEPERAWATAN DASAR
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PENGALAMAN KERJA

TAHUN : 2006 - SEKARANG
KESATUAN : TNI AL
JABATAN : UR GUDANG OBAT
JOBDESK : DUKUNGAN KESEHATAN