

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Fraktur Klavikula

1. Pengertian

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang ditentukan sesuai dengan jenis dan luasnya yang biasanya disebabkan oleh rudapaksa atau tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang dapat diserap oleh tulang (Apley dan Solomon, 2017).

Fraktur klavikula adalah putusnya hubungan tulang klavikula yang disebabkan oleh trauma langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputar atau tertarik keluar (*outrretched hand*), dimana trauma dilanjutkan dari pergelangan tangan sampai klavikula, trauma ini dapat menyebabkan fraktur klavikula (Apley dan Solomon, 2017).

2. Etiologi

Menurut helmi (2020), hal-hal yang dapat menyebabkan terjadinya fraktur adalah:

a. Fraktur traumatik

Disebabkan karena adanya trauma ringan atau berat yang mengenai tulang baik secara langsung maupun tidak.

b. Fraktur stress

Disebabkan karena tulang sering mengalami penekanan.

c. Fraktur patologis

Disebabkan kondisi sebelumnya, seperti kondisi patologis penyakit yang menimbulkan fraktur. Tekanan berlebih atau trauma langsung pada tulang menyebabkan suatu retakan sehingga mengakibatkan kerusakan pada otot dan jaringan. Kerusakan otot dan jaringan akan menyebabkan perdarahan, edema, dan hematoma. Lokasi retak mungkin hanya retakan pada tulang, tanpa memindahkan tulang manapun. Fraktur yang tidak terjadi disepanjang tulang dianggap sebagai fraktur yang tidak sempurna sedangkan fraktur yang terjadi pada tulang yang patah dikenal sebagai fraktur lengkap (Digiulio, Jackson dan Keogh, 2019)

Penyebab fraktur menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2020) dapat dibedakan menjadi:

a. Cedera traumatik

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh:

- 1) Cedera langsung adalah pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan.
- 2) Cedera tidak langsung adalah pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan berlunjur sehingga menyebabkan fraktur klavikula.
- 3) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak.

b. Fraktur patologik

Kerusakan tulang akibat proses penyakit dengan trauma minor mengakibatkan:

- 1) Tumor tulang adalah pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali
- 2) Infeksi seperti osteiomyelitis dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut atau dapat timbul salah satu proses yang progresif
- 3) Rakitis
- 4) Secara spontan disebabkan oleh *stress* tulang yang terus menerus

3. Manifestasi Klinis

Mendiagnosis fraktur harus berdasarkan manifestasi klinis klien, riwayat, pemeriksaan fisik, dan temuan radiologis (Black dan Hawks, 2020)

Tanda dan gejala terjadinya fraktur antara lain:

a. Deformitas

Pembengkakan dari perdarahan lokal dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pemendekan tungkai, deformitas rotasional, atau angulasi. Dibandingkan sisi yang sehat, lokasi fraktur dapat memiliki deformitas yang nyata.

b. Pembengkakan

Edema dapat muncul segera, sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstrasvasi darah ke jaringan sekitar.

c. Memar

Memar terjadi karena perdarahan subkutan pada lokasi fraktur.

d. Spasme otot

Spasme otot involuntar berfungsi sebagai bidai alami untuk mengurangi gerakan lebih lanjut dari fragmen fraktur.

e. Nyeri

Jika klien secara neurologis masih baik, nyeri akan selalu mengiringi fraktur, intensitas dan keparahan dari nyeri akan berbeda pada masing-masing klien. Nyeri biasanya terus-menerus, meningkat jika fraktur dimobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan atau cedera pada struktur sekitarnya.

f. Ketegangan

Ketegangan diatas lokasi fraktur disebabkan oleh cedera yang terjadi.

g. Kehilangan fungsi

Hilangnya fungsi terjadi karena nyeri yang disebabkan fraktur atau karena hilangnya fungsi pengungkit lengan pada tungkai yang terkena. Kelumpuhan juga dapat terjadi dari cedera saraf.

h. Gerakan abnormal dan krepitasi

Manifestasi ini terjadi karena gerakan dari bagian tengah tulang atau gesekan antar fragmen fraktur.

i. Perubahan neurovascular

Cedera neurovaskuler terjadi akibat kerusakan saraf perifer atau struktur vaskular yang terkait. Klien dapat mengeluhkan rasa kebas atau kesemutan atau tidak teraba nadi pada daerah distal dari fraktur

j. Syok

Fragmen tulang dapat merobek pembuluh darah. Perdarahan besar atau tersembunyi dapat menyebabkan syok.

4. Patofisiologi

Keparahan dari fraktur bergantung pada gaya yang menyebabkan fraktur. Jika ambang fraktur suatu tulang hanya sedikit terlewati, maka tulang mungkin hanya retak saja bukan patah. Jika gayanya sangat ekstrem, seperti tabrakan mobil, maka tulang dapat pecah berkepingkeping. Saat terjadi fraktur, otot yang melekat pada ujung tulang dapat terganggu. Otot dapat mengalami spasme dan menarik fragmen fraktur keluar posisi. Kelompok otot yang besar dapat menciptakan spasme yang kuat bahkan mampu menggeser tulang besar, seperti femur. Walaupun bagian proksimal dari tulang patah tetap pada tempatnya, namun bagian distal dapat bergeser karena faktor penyebab patah maupun spasme pada otot-otot sekitar. Fragmen fraktur dapat bergeser ke samping, pada suatu sudut (membentuk sudut), atau menimpa segmen tulang lain. Fragmen juga dapat berotasi atau berpindah (Black dan Hawks, 2020).

Selain itu, periosteum dan pembuluh darah di korteks serta sumsum dari tulang yang patah juga terganggu sehingga dapat menyebabkan

sering terjadi cedera jaringan lunak. Perdarahan terjadi karena cedera jaringan lunak atau cedera pada tulang itu sendiri. Pada saluran sumsum (medula), hematoma terjadi diantara fragmen-fragmen tulang dan dibawah periosteum. Jaringan tulang disekitar lokasi fraktur akan mati dan menciptakan respon peradangan yang hebat sehingga akan terjadi vasodilatasi, edema, nyeri, kehilangan fungsi, eksudasi plasma dan leukosit. Respon patofisiologis juga merupakan tahap penyembuhan tulang (Black dan Hawks, 2020).

5. Penatalaksanaan Medis

Prinsip menangani fraktur adalah mengembalikan posisi patahan ke posisi semula dan mempertahankan posisi itu selama masa penyembuhan patah tulang (Freye dkk., 2019).

- a. Cara pertama penanganan adalah proteksi saja tanpa reposisi atau imobilisasi, misalnya menggunakan mitela. Biasanya dilakukan pada fraktur iga dan fraktur klavikula pada anak.
- b. Cara kedua adalah imobilisasi luar tanpa reposisi, biasanya dilakukan pada patah tulang tungkai bawah tanpa dislokasi.
- c. Cara ketiga adalah reposisi dengan cara manipulasi yang diikuti dengan imobilisasi, biasanya dilakukan pada patah tulang radius distal.
- d. Cara keempat adalah reposisi dengan traksi secara terus-menerus selama masa tertentu. Hal ini dilakukan pada patah tulang yang apabila direposisi akan terdislokasi di dalam gips.

- e. Cara kelima berupa reposisi yang diikuti dengan imobilisasi dengan fiksasi luar.
- f. Cara keenam berupa reposisi secara non-operatif diikuti dengan pemasangan fiksator tulang secara operatif.
- g. Cara ketujuh berupa reposisi secara operatif diikuti dengan fiksasi interna yang biasa disebut dengan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*).
- h. Cara yang terakhir berupa eksisi fragmen patahan tulang dengan prosthesis.

Menurut Istianah (2017) penatalaksanaan medis antara lain :

- a. Diagnosis dan penilaian fraktur

Anamnesis pemeriksaan klinis dan radiologi dilakukan dilakukan untuk mengetahui dan menilai keadaan fraktur. Pada awal pengobatan perlu diperhatikan lokasi fraktur, bentuk fraktur, menentukan teknik yang sesuai untuk pengobatan komplikasi yang mungkin terjadi selama pengobatan.

- b. Reduksi

Tujuan dari reduksi untuk mengembalikan panjang dan kesejajaran garis tulang yang dapat dicapai dengan reduksi tertutup atau reduksi terbuka. Reduksi tertutup dilakukan dengan traksi manual atau mekanis untuk menarik fraktur kemudian, kemudian memanipulasi untuk mengembalikan kesejajaran garis normal. Jika reduksi tertutup gagal atau kurang memuaskan, maka bisa dilakukan reduksi terbuka. Reduksi terbuka dilakukan dengan

menggunakan alat fiksasi internal untuk mempertahankan posisi sampai penyembuhan tulang menjadi solid. Alat fiksasi internal tersebut antara lain pen, kawat, skrup, dan plat. Alat-alat tersebut dimasukkan ke dalam fraktur melalui pembedahan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*). Pembedahan terbuka ini akan mengimobilisasi fraktur hingga bagian tulang yang patah dapat tersambung kembali.

c. Retensi

Imobilisasi fraktur bertujuan untuk mencegah pergeseran fragmen dan mencegah pergerakan yang dapat mengancam penyatuan. Pemasangan plat atau traksi dimaksudkan untuk mempertahankan reduksi ekstremitas yang mengalami fraktur.

d. Rehabilitasi

Mengembalikan aktivitas fungsional seoptimal mungkin. Setelah pembedahan, pasien memerlukan bantuan untuk melakukan latihan. Menurut Kneale dan Davis (2019) latihan rehabilitasi dibagi menjadi tiga kategori yaitu :

- 1) Gerakan pasif bertujuan untuk membantu pasien mempertahankan rentang gerak sendi dan mencegah timbulnya pelekatan atau kontraktur jaringan lunak serta mencegah strain berlebihan pada otot yang diperbaiki post bedah.
- 2) Gerakan aktif terbantu dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan pergerakan, sering kali dibantu dengan tangan yang sehat, katrol atau tongkat

- 3) Latihan penguatan adalah latihan aktif yang bertujuan memperkuat otot. Latihan biasanya dimulai jika kerusakan jaringan lunak telah pulih, 4-6 minggu setelah pembedahan atau dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan ekstremitas atas.

B. Asuhan Keperawatan

1. Konsep Nyeri Akut

a. Pengertian

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat yang berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang lebih 3 bulan.

Nyeri adalah suatu kondisi yang kurang memuaskan yang diakibatkan oleh rangsangan fisik ataupun dari serabut saraf dari dalam tubuh ke otak serta dapat diikuti reaksi fisik, emosional maupun fisiologis (Sari dkk., 2018)

b. Penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), ada beberapa penyebab dari nyeri akut diantaranya:

1) Agen pencedera fisiologis

Misalnya: inflamasi, iskemia, neoplasma.

2) Agen pencedera kimiawi

Misalnya: terbakar, bahan kimia iritan.

3) Agen pencedera fisik

Misalnya: abses, amputasi, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan.

c. Tanda dan gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), tanda dan gejala mayor pada nyeri akut diantaranya

SUBJEKTIF:

- 1) Mengeluh nyeri

OBJEKTIF:

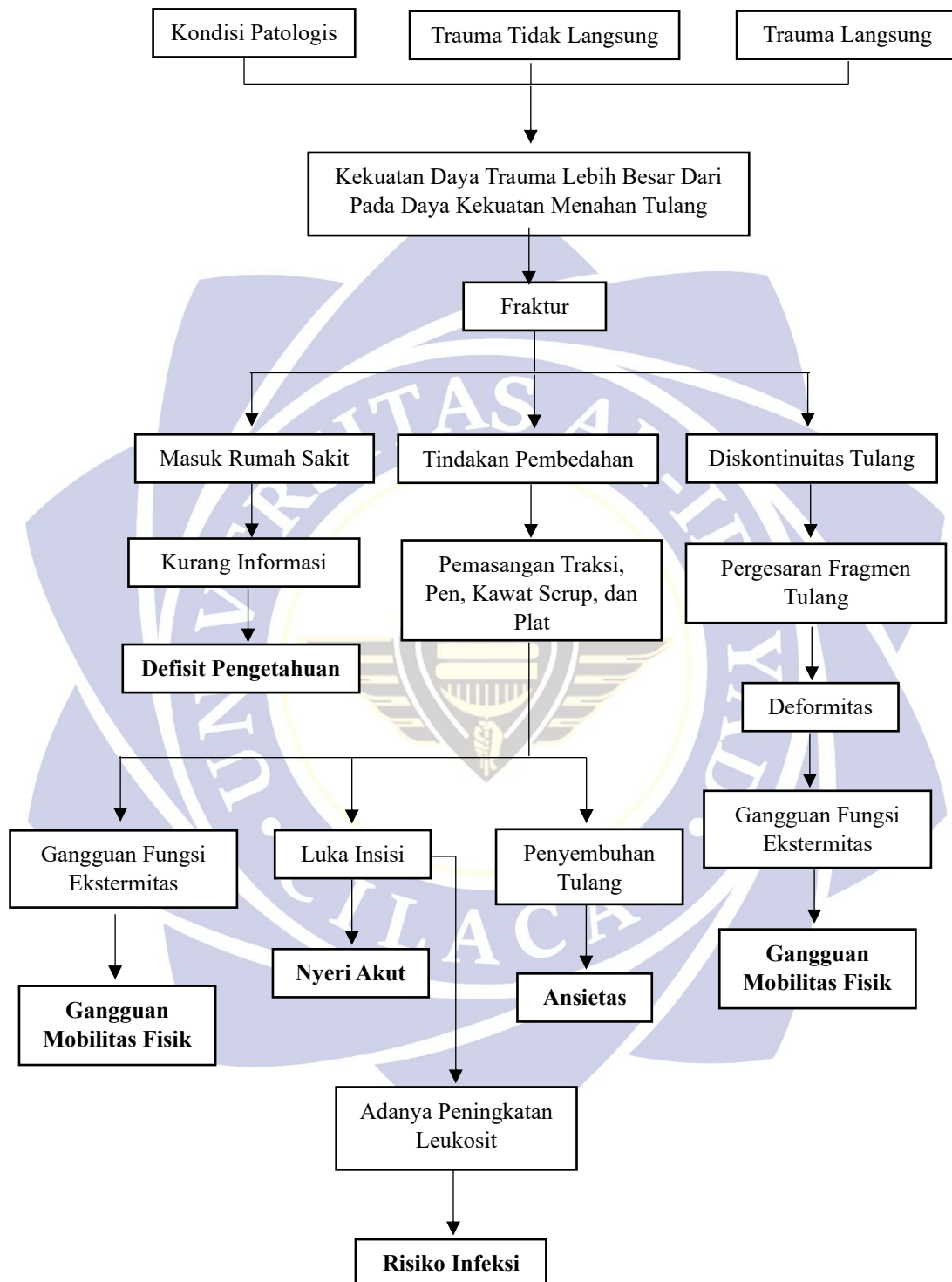
- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (Mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), tanda dan gejala minor pada nyeri akut diantaranya

OBJEKTIF:

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola napas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berfikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) Diaphoresis

d. Pathways



Bagan 2.1 Pathwys Fraktur

Sumber: (Black dan Hawks, 2020 ; Tim Pokja SDKI, 2016)

e. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Hipnosis
- 2) Akupuntur
- 3) Terapi musik
- 4) Biofeedback
- 5) Terapi pijat
- 6) Aromaterapi
- 7) Teknik imajinasi terbimbing
- 8) Kompres hangat/dingin
- 9) Terapi bermain
- 10) Memfasilitasi istirahat dan tidur

2. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) dalam (Umara dkk, 2021). Data dasar tentang kesehatan fisik, mental, dan emosional pasien, sehingga data tersebut dapat digunakan untuk mengetahui status kesehatan pasien dan menemukan masalah aktual atau potensial, serta memberikan referensi untuk edukasi pasien merupakan tujuan dari pengkajian.

1) Identitas

Nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang digunakan sehari-hari, status perkawinan, pendidikan pekerjaan, tanggal MRS, diagnosa medis (Hermanto dkk., 2020)

2) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri saat beraktivitas / mobilisasi pada daerah fraktur tersebut. nyeri tersebut bisa akut bisa kronik tergantung lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri pasien digunakan

- a) *Provoking incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi factor presipitasi nyeri.
- b) *Quality of pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut atau menusuk.
- c) *Region*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan Dimana rasa sakit terjadi.
- d) *Severity (Skale) 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 siang hari atau malam hari (Hermanto dkk., 2020).

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada klien fraktur / patah tulang dapat disebabkan oleh trauma / kecelakaan, degeneratif dan patologis yang didahului dengan perdarahan, kerusakan jaringan sekitar yang

mengakibatkan nyeri, bengkak, kebiruan, pucat / perubahan warna kulit dan kesemutan (Hermanto dkk., 2020).

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada klien fraktur pernah mengalami kejadian patah tulang atau tidak sebelumnya dan ada / tidaknya klien mengalami pembedahan perbaikan dan pernah menderita osteoporosis sebelumnya (Hermanto dkk., 2020).

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Pada keluarga klien ada / tidak yang menderita osteoporosis, arthritis dan tuberkolosis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular (Hermanto dkk., 2020).

6) Pola-pola fungsi Kesehatan

a) Pola Persepsi dan Tata Laksana

Hidup Sehat Pada kasus fraktur akan timbul ketakutan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengkonsumsian alkohol yang bisa mengganggu keseimbangannya dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak;

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada klien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien.

c) Pola Eliminasi

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

d) Pola Tidur dan Istirahat

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

kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur.

e) Pola Aktivitas

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

f) Pola Hubungan dan Peran

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

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

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

h) Pola Sensori dan Kognitif

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

i) Pola Reproduksi Seksual

Dampak pada klien fraktur yaitu, klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat

inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya

j) Pola Penanggulangan Stress

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

k) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk klien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak klien (Hermanto dkk., 2020).

7) Pemeriksaan fisik

a) Sistem Integumen

Terdapat erytema, suhu sekitar daerah trauma meningkat, bengkak, oedema, nyeri tekan.

b) Kepala

Tidak ada gangguan yaitu, normo cephalik, simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.

c) Leher

Tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, reflek menelan ada.

d) Muka

Wajah terlihat menahan sakit, lain-lain tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk. Tak ada lesi, simetris, tak oedema.

e) Mata

Terdapat gangguan seperti konjungtiva anemis (jika terjadi perdarahan)

f) Telinga

Tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal. Tidak ada lesi atau nyeri tekan.

g) Hidung

Tidak ada deformitas, tak ada pernafasan cuping hidung.

h) Mulut dan Faring

Tak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

i) Thoraks

Tak ada pergerakan otot intercostae, gerakan dada simetris.

j) Paru-paru

(1) Inspeksi Pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.

(2) Palpasi Pergerakan sama atau simetris, fremitus sama.

(3) Perkusi Suara ketok sonor, tak ada erdup atau suara tambahan lainnya.

(4) Auskultasi Suara nafas normal, tak ada wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.

k) Jantung

- (1) Inspeksi Tidak tampak iktus jantung.
- (2) Palpasi Nadi meningkat, iktus tidak teraba.
- (3) Auskultasi Suara S1 dan S2 tunggal, tak ada mur-mur.

l) Abdomen

- (1) Inspeksi Bentuk datar, simetris, tidak ada hernia.
- (2) Palpasi Tugor 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.

m) Inguinal-Genetalia-Anus

Tak ada hernia, tak ada pembesaran lymphe, tak ada kesulitan BAB (Hermanto dkk., 2020).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klikik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual dan potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalaman, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian

keperawatan klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. (Astuti, 2020)

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada post operasi fraktur klavikula dekstra adalah sebagai berikut :

1) Nyeri akut berhubungan dengan (b.d) agen pencedera fisik (D.007)

Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik, pengalaman sensorik yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat yang berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang lebih 3 bulan.

a) Etiologi

(1) Agen pencedera fisiologis Misalnya: inflamasi, iskemia, neoplasma.

(2) Agen pencedera kimiawi Misalnya: terbakar, bahan kimia iritan.

(3) Agen pencedera fisik Misalnya: abses, amputasi, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan.

b) Manifestasi klinis

(1) Tanda Gejala Mayor:

Subjektif:

(a) Mengeluh nyeri.

Objektif:

(a) Tampak meringis

(b) Bersikap protektif

(c) Gelisah, nadi meningkat

(d) Sulit tidur.

(2) Tanda Gejala Minor:

Subjektif: tidak tersedia

Objektif :

(a) TD meningkat

(b) pola nafas berubah

(c) menarik diri

(d) fokus diri sendiri

(e) diaforesis.

c) Kondisi klinis terkait

(1) Kondisi pembedahan

(2) Cedera traumatis

(3) Infeksi

(4) Sindrom coroner akut

(5) Glaucoma

2) Ansietas berhubungan dengan (b.d) krisis situasional (D.0080)

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang

memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

a) Etiologi

- (1) Krisis situasional.
- (2) Kebutuhan tidak terpenuhi.
- (3) Krisis maturasional.
- (4) Ancaman terhadap konsep diri.
- (5) Ancaman terhadap kematian.
- (6) Kekhawatiran mengalami kegagalan.
- (7) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- (8) Penyalahgunaan zat.
- (9) Kurang terpapar informasi

b) Manifestasi klinis

- (1) Tanda gejala mayor

Sybjektif:

- (a) Merasa bingung.
- (b) Merasa khawatir dengan akibat.
- (c) Sulit berkonsentrasi.

Objektif

- (a) Tampak gelisah.
 - (b) Tampak tegang.
 - (c) Sulit tidur
- (2) Tanda gejala minor

Subjektif:

- (a) Mengeluh pusing.
- (b) Anoreksia.
- (c) Palpitasi.
- (d) Merasa tidak berdaya.

Objektif:

- (a) Frekuensi napas meningkat.
 - (b) Frekuensi nadi meningkat.
 - (c) Tekanan darah meningkat.
 - (d) Diaforesis.
 - (e) Tremor.
 - (f) Muka tampak pucat.
 - (g) Suara bergetar.
 - (h) Kontak mata buruk.
 - (i) Sering berkemih.
 - (j) Berorientasi pada masa lalu.
- c) Kondisi klinis terkait
- (1) Penyakit Kronis.
 - (2) Penyakit akut
 - (3) Hospitalisasi
 - (4) Rencana operasi
 - (5) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
 - (6) Penyakit neurologis
 - (7) Tahap tumbuh kembang

3) Risiko infeksi berhubungan dengan (b.d) efek prosedur invasive
(D.0142)

Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif, beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

a) Faktor risiko

- (1) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus)
- (2) Efek prosedur invasive
- (3) Malnutrisi
- (4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- (5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
 - (a) Gangguan peristaltik
 - (b) Kerusakan integritas kulit
 - (c) Perubahan sekresi PH
 - (d) Penurunan kerja siliaris
 - (e) Ketuban pecah lama
 - (f) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - (g) Merokok
 - (h) Status cairan tubuh
- (6) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder:
 - (a) Penurunan hemoglobin
 - (b) Immunosupresi
 - (c) Leukopenia\
 - (d) Supresi respon inflamasi
 - (e) Vaksinasi tidak adekuat

b) Kondisi klinis terkait

- (1) AIDS
- (2) Luka bakar
- (3) Penyakit paru obstruktif kronis
- (4) Diabetes mellitus
- (5) Tindakan invasive
- (6) Kondisi penggunaan terapi steroid
- (7) Penyalahgunaan obat
- (8) Ketuban pecah sebeum waktunya
- (9) Kanker
- (10) Gagal ginjal
- (11) Immunosupresi
- (12) Lymphedema
- (13) Leukositopenia
- (14) Gangguan fungsi hati

c. Intervensi keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan tersebut maka dapat diketahui bahwa SLKI dan SIKI dari masing-masing diagnosa adalah sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tabel 2.1
Intervensi keperawatan

No	Diagnosis	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri dapat teratasi dengan kriteri hasil :</p> <p>SLKI: Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Ekspektasi: menurun</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meningkat 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) Menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur

			<p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Ansietas b.d krisis situasional (D.0080)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan tingkat ansietas dapat teratasi, dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI: Tingkat Ansietas (L.09093)</p> <p>Ekspektasi:Menurun</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 2. Perilaku gelisah menurun (5) 3. Perilaku tegang menurun (5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meningkat 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) Menurun 	<p>Reduksi ansietas (L.09314)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat Tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil Keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietasanxietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat anxietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian

			<p>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</p> <p>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p>
3..	Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi dapat teratasi dengan kriteri hasil :</p> <p>SLKI: Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Ekspektasi: menurun</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Bengkak menurun (5) 4. Cairan berbau busuk menurun (5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meningkat 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) Menurun 	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steriil saat melakukan perawatan luka Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien

			Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
--	--	--	---

d. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan, sehingga kebutuhan pasien tersebut dapat terpenuhi (Aisy, 2020).

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi yaitu melakukan penilaian ulang kepada pasien setelah diberikan asuhan keperawatan atau telah diberikan tindakan yang sudah diimplementasikan. Evaluasi bertujuan untuk mengetahui sudah tercapai atau belum tujuan keperawatannya atau kriteria hasilnya sudah terpenuhi atau belum. Evaluasi keperawatan juga bertujuan untuk mengetahui masalah kebutuhan pasien sudah terpenuhi atau belum dan untuk menentukan tindakan apa selanjutnya yang harus dilakukan (Aisy, 2020).

C. Evidence Base Practic (EBP)

1. Konsep Pemberian Kompres Dingin

a. Pengertian kompres dingin

Kompres dingin adalah suatu metode dalam penggunaan suhu rendah setempat yang dapat menimbulkan beberapa efek fisiologis. (Ramadhan dan Inayati, 2021).

Kompres dingin adalah terapi es yang dapat menekan proses inflamasi dengan mengurangi jumlah prostaglandin yang meningkatkan rasa sakit dan nyeri subkutan lainnya di lokasi cedera (Waryantini & Astri, 2020).

b. Tujuan dan manfaat kompres dingin

Menurut Hakiki (2018) dalam jurnalnya berpendapat Konon esensi dari kompres dingin adalah untuk menurunkan suhu tubuh dengan cara menyerap panas dari daerah yang terkena. Semakin lama waktu perawatan, semakin dalam penetrasi dingin. Menurut Suryani (2021) dalam penelitiannya mengatakan Selain upaya farmakologis, seperti terapi analgesik, upaya nonfarmakologis atau terapi adjuvant lainnya, seperti terapi dingin, Hal ini diperlukan untuk mengurangi rasa sakit dari fraktur tertutup. Kompres dingin yg diberikan di pasien bisa merangsang kulit serta menaikkan produksi endorfin tubuh yg bermanfaat menjadi pereda nyeri.

c. Mekanisme kerja kompres dingin

Kompres dingin merangsang permukaan kulit untuk mengontrol rasa sakit. Sensasi dingin diberikan pada area sekitar area nyeri, pada sisi tubuh yang berlawanan tergantung pada area nyeri, atau antara otak dan area yang terkena. Setiap pelanggan akan memiliki respon yang berbeda terhadap area perawatan ini.

Perawatan di dekat area yang sakit lebih efektif. Secara fisiologis, vasokonstriksi terjadi pada pembuluh darah selama 5-10 menit pertama setelah terpapar dingin. Vasokonstriksi ini disebabkan oleh stimulasi sistem saraf otonom dan refleks otot polos akibat pelepasan epinefrin dan norepinefrin (Ramadhan & Inayati, 2021).

d. Teknik penerapan kompres dingin

Menurut suryani (2021) Dalam studi kasusnya tentang terapi Kompres dingin buat pasien menggunakan fraktur tertutup. Untuk peserta studi kasus, penghilang rasa sakit lebih efektif dan lebih mudah dilakukan sendiri. Selain itu, terapi kompresi dingin membantu meredakan ketegangan otot dengan mengurangi kejang otot dan mengurangi pembengkakan, membuat Subjek lebih santai dan nyaman. Pasien yang menderita nyeri patah tulang pada skala nyeri, berharap untuk dimasukkan dalam studi kasus 26 ditetapkan sebagai kriteria seleksi. Keperawatan dilakukan dua jam sebelum pengobatan farmakologis dari studi kasus analgesik. Sebelum dilakukan terapi kompresi dingin, tujuan dan prosedur terapi kompresi dingin dijelaskan kepada pasien dan keluarganya, kemudian pasien diberikan ukur tekanan darah dalam posisi yang nyaman, rasakan skala nyeri, dan kemudian kompresi dingin. Terapi dilanjutkan selama 10-15 menit, tekanan darah dilanjutkan, dan skala nyeri diukur kembali (Suryani & Soesanto, 2021).

Menurut Hakiki (2018), Secara umum, cryotherapy 10 menit pada suhu 3,5° C bisa mensugesti suhu sampai 4 centimeter pada

bawah kulit. Jaringan otot menggunakan kandungan air yg tinggi ialah konduktor yang baik serta jaringan adiposa ialah isolator suhu, mencegah penetrasi dingin. terdapat beberapa cara buat mengemas es, salah satunya menggunakan ice pack. Es harus dilindungi handuk, karena tidak boleh bersentuhan langsung dengan kulit saat digunakan. Anda juga membutuhkan handuk untuk menyerap es yang meleleh.

2. Jurnal Penerapan Tindakan Terapi Kompres Dingin Untuk Mengurangi Nyeri Post Operasi Fraktur Klavikula

Tabel 2.2
Jurnal Tindakan EBP

Penulis/tahun	Judul penelitian	Metode (desain, sampel, Variabel,instrument,analisis)	Hasil
Fajriningtyas, M., Sugiyarto, Lestari, S.(2023)	Pengaruh kombinasi terapi relaksasi nafas dalam Dan kompres dingin dengan <i>cold pack</i> terhadap Penurunan intensitas nyeri pada pasien <i>pose of</i> Fraktur ekstremitas atas	1) Jenis penelitian ini <i>quasy experiment</i> dengan desain penelitian <i>one group pretest-posttest</i> . 2) Sampel penelitian ini berjumlah 34 responden. Teknik <i>sampling</i> adalah <i>purposive sampling</i> . Menggunakan uji Shapiro-Wilk dan uji statistic parametric dengan uji <i>Wilcoxon</i> 3) Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat dan bivariat.	Setelah dilakukan kombinasi terapi rata-rata tingkat skala nyeri ringan 70,6% sedang 29,4%. Hasil analisis uji <i>Wilcoxon</i> $p = 0,000$. Kombinasi terapi relaksasi nafas dalam dan kompres <i>cold pack</i> dapat menurunkan intensitas nyeri fraktur. Dapat mengaplikasikan kombinasi terapi relaksasi nafas dalam dan kompres dengan <i>cold pack</i> dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan nyeri fraktur ekstremitas tertutup.
Tuna, Yunus, (2023)	J., P Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien post	1) Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain quasi eksperimen	Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukan : Skala nyeri subjek sebelum

	Fraktur Tertutup Dengan Pemberian Terapi Kompres Dingin Di Ruang IGD RSUD Prof. Dr. H. ALOEI SABOE	<p>Rancangan penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan desain pre post test group design.</p> <p>2) Pengolahan data ini menggunakan analisis statistik dengan pendekatan kuantitatif yang dilihat dari hasil mean median</p>	<p>dilakukan penerapan kompres dingin termasuk dalam skala nyeri sedang dimana pada subjek I skala nyeri 7 dan responden II skala nyeri 9. Setelah dilakukan kompres dingin, terjadi penurunan skala nyeri pada kedua responden menjadi tingkat sedang, dimana pada subjek I skala nyeri 5 dan subjek II skala nyeri 6. Pemberian terapi kompres dingin dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien fraktur tertutup di ruang IGD RSAS Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo.</p>
Ovi Anggraini, R.A. Fadila (2020)	Pengaruh pemberian kompres dingin terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post Operasi fraktur di rs siloam sriwijaya Palembang tahun 2020	<p>1) Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan metode pre eksperimen dengan rancangan one group pre-test post-test dengan menggunakan uji paired t-test.</p> <p>2) Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post operasi fraktur di Ruang Rawat Inap RS Siloam Sriwijaya Palembang dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode <i>purposive sampling</i>.</p> <p>3) Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat dan bivariat.</p>	<p>Hasil penelitian ini diperoleh skala nyeri sebelum pemberian kompres dingin dengan kategori sedang sebanyak 9 responden (60%) dan dengan kategori berat sebanyak 6 responden (40%), skala nyeri setelah kompres dingin dengan kategori ringan sebanyak 10 responden (66,7 %) dan dengan kategori sedang sebanyak 5 responden (33,3%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian kompres dingin terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post operasi fraktur dengan nilai p value 0,000. Diharapkan kepada RS Siloam Sriwijaya Palembang penelitian ini dapat menjadi bahan</p>

			masukkan dan informasi dalam penatalaksanaan penurunan skala nyeri pada pasien post operasi fraktur.
--	--	--	--

