

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis: Fraktur *Clavikula*

1. Definisi

Patah tulang adalah kondisi di mana tulang mengalami retakan atau pecah akibat benturan keras, kecelakaan, atau trauma lainnya. Tulang juga bisa patah jika mengalami tekanan berulang atau karena kondisi medis seperti osteoporosis, yang melemahkan tulang dan membuatnya lebih rentan terhadap cedera (Sabdillah, 2024). Tulang selangka (*clavikula*) adalah bagian dari sistem rangka yang menghubungkan lengan ke tubuh. Ligamen menghubungkan tulang panjang dan tipis ini ke tulang dada dan bahu. Tulang selangka rentan terhadap cedera seperti Fraktur tulang selangka, dislokasi bahu, dan bahu terpisah. Jatuh merupakan penyebab utama cedera tulang selangka (*American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2022).

Fraktur clavicular adalah kondisi tulang selangka yang retak atau patah. Kondisi ini umumnya terjadi akibat benturan hebat atau kecelakaan, misalnya karena berkendara atau berolahraga (Jennifer, 2024). Fraktur *clavikula* adalah putusnya hubungan tulang *clavikula* yang disebabkan oleh trauma langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputar atau tertarik keluar (*outstretched hand*), dimana trauma dilanjutkan dari

pergelangan tangan sampai *clavikula* , trauma ini dapat menyebabkan Fraktur *clavikula* (Apley & Solomon, 2018).

2. Etiologi

Kasus Fraktur *clavikula* , 87% terjadi akibat jatuh langsung ke bahu lateral dan jarang terjadi Fraktur akibat trauma langsung ke *clavikula* atau akibat jatuh pada tangan yang terentang (Bentley & Hosseinzadeh, 2023). Penyebab Fraktur *clavikula* menurut Pittara (2022) dapat disebabkan oleh sejumlah kondisi sebagai berikut:

- a. Terjatuh dengan posisi bahu mendarat terlebih dahulu atau dengan posisi kedua lengan terbuka lebar.
- b. Hantaman langsung pada bahu akibat olahraga yang melibatkan kontak fisik, seperti rugby atau judo.
- c. Benturan pada tulang selangka (*clavikula*) akibat kecelakaan lalu lintas.
- d. Cedera lahir selama proses persalinan.

3. Jenis-jenis Fraktur *clavikula*

American Academy of Orthopaedic Surgeons (2022) menjelaskan bahwa jenis-jenis Fraktur *clavikula* adalah sebagai berikut:

- a. Tunggal/hancur. *Clavikula* dapat retak di satu tempat atau di beberapa tempat, jika patah di lebih dari satu tempat disebut Fraktur hancur.
- b. Tergeser/tidak bergeser. Potongan tulang selangka yang patah mungkin masih sejajar dengan benar, namun jika bergeser dari posisi semula disebut Fraktur bergeser.

4. Manifestasi klinis

Pittara (2022) menjelaskan bahwa Fraktur *clavikula* bisa menimbulkan sejumlah gejala sebagai berikut:

- a. Nyeri bahu yang dapat disertai dengan memar dan bengkak.
- b. Mati rasa atau kesemutan, jika patahan tulang melukai saraf di lengan
- c. Lengan dan bahu terasa kaku dan sulit digerakkan
- d. Terdengar suara retakan saat menggerakkan bahu atau lengan
- e. Perdarahan, bila tulang yang patah merobek jaringan kulit

5. Pemeriksaan penunjang

Nurarif dan Kusuma (2015) menjelaskan bahwa pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada Fraktur *clavikula* adalah sebagai berikut.:

- a. X-ray, bertujuan menentukan lokasi/ luasnya Fraktur.
- b. Scan tulang, bertujuan memperlihatkan Fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak
- c. Anteriogram, bertujuan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler
- d. Hitung darah lengkap, ditandai hemokonsentrasi meningkat, menurun pada perdarahan, peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan
- e. Kreatinin, ditandai trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal

- f. Profil koagulasi, ditandai perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi atau cedera hati.

6. Penatalaksanaan medis

Istianah (2019) menjelaskan bahwa 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. 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. Alatalat tersebut dimasukkan ke dalam Fraktur melalui pembedahan *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF). 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

Upaya menghindari atropi dan kontraktur dengan fisioterapi. Reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Status neurovaskuler (misal: Pengkajian peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan) dipantau, dan ahli bedah orthopedi diberitahu segera bila ada tanda gangguan neurovaskuler. Kegelisahan ansietas dan ketidaknyamanan dikontrol dengan berbagai pendekatan (misalnya: menyakinkan, perubahan posisi, stageri peredaan nyeri, termasuk analgetik).

B. Asuhan Keperawatan

1. Konsep nyeri

a. Pengertian

Nyeri (*pain*) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karna perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan

dan mengefakuasi rasa nyeri yang dialaminya (Widaningsih & Rosya, 2019).

b. Etiologi

Penyebab nyeri kronis adalah kondisi musculoskeletal kronis, kerusakan system saraf, penekanan saraf, infiltrasi tumor, ketidakseimbangan neurotransmitter, gangguan imunitas, gangguan fungsi metabolism, riwayat posisi kerja statis, peningkatan indeks massa tubuh, kondisi pasca trauma, tekanan emosional, riwayat penganiayaan, dan riwayat penyalahgunaan obat/zat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

c. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala nyeri akut menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah sebagai berikut:

1) Gejala dan tanda mayor

- a) Subjektif : mengeluh nyeri
- b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

2) Gejala dan tanda minor

- a) Subjektif : tidak tersedia
- b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

d. Penilaian nyeri

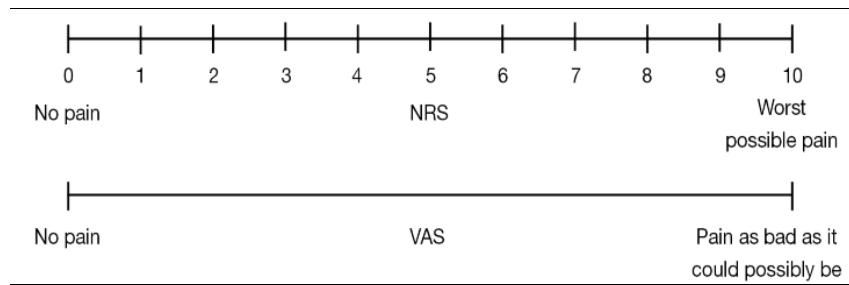
Potter dan Perry (2020) menjelaskan bahwa untuk menilai skala nyeri terdapat beberapa macam skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri seseorang antara lain:

1) *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

Verbal Descriptor Scale (VDS) adalah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang telah disusun dengan jarak yang sama sepanjang garis. Ukuran skala ini diurutkan dari “tidak adanya rasa nyeri” sampai “nyeri hebat”. Perawat menunjukkan ke klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih skala nyeri terbaru yang dirasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS memungkinkan klien untuk memilih dan mendeskripsikan skala nyeri yang dirasakan.

2) *Visual Analogue Scale (VAS)*

VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata

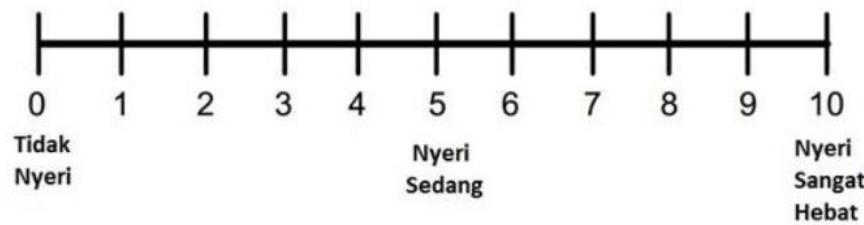


Gambar 2.1 *Visual Analogue Scale (VAS)*

Skala nyeri pada skala 0 berarti tidak terjadi nyeri, skala nyeri pada skala 1-3 seperti gatal, tersetrum, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, mules. Skala nyeri 4-6 digambarkan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar, ditusuk-tusuk. Skala 7-9 merupakan skala sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien, sedangkan skala 10 merupakan skala nyeri yang sangat berat dan tidak dapat dikontrol. Ujung kiri pada VAS menunjukkan “tidak ada rasa nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “nyeri yang paling berat”.

3) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri yang ringan, angka 4-6 termasuk dalam nyeri sedang, sedangkan angka 7-10 merupakan kategori nyeri berat. Oleh karena itu, skala NRS akan digunakan sebagai instrumen penelitian.



Gambar 2.2 *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

- a) Skala 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.
- b) Skala 1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.
- c) Skala 4-6 : rasa nyeri yang menganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang.
- d) Skala 7-10 : rasa nyeri sangat menganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat.
- e. Patofisiologis

Tulang selangka adalah tulang berbentuk S dan merupakan satu-satunya penghubung tulang antara ekstremitas atas dan batang tubuh.

Tulang selangka berartikulasi di bagian distal dengan akromion pada sendi akromioclavikular dan berartikulasi di bagian proksimal dengan tulang dada pada sendi sternoclavikular. Karena lokasinya yang berada di bawah kulit dan banyaknya gaya ligamen dan otot yang bekerja padanya, tulang selangka mudah patah. Karena bagian tengah tulang selangka adalah segmen tertipis dan tidak mengandung ikatan ligamen, bagian ini merupakan lokasi yang paling mudah patah yang disebabkan karena trauma (Bentley & Hosseinzadeh, 2023).

Nyeri yang terjadi pada pasien Fraktur *clavikula* merupakan nyeri muskuloskletal yang termasuk ke dalam nyeri akut. Jaringan yang rusak dapat mengakibatkan trauma seperti terputusnya kontinuitas tulang, robekan pada otot yang akan memacu pelepasan zat-zat kimiawi (mediator inflamasi) yang menimbulkan reaksi inflamasi yang diteruskan sebagai sinyal ke otak. Sinyal nyeri yang dalam bentuk impuls listrik akan dihantarkan oleh serabut saraf nosiseptor tidak bermielin (serabut C dan delta) yang bersinaps dengan neuron di kornu dorsalis medulla spinalis. Sinyal kemudian diteruskan melalui traktus spinotalakmikus di otak, dimana nyeri pada Fraktur dipersepsi, dilokalisasi dan diinterpretasikan (Smeltzer & Bare, 2018)

f. Penatalaksanaan

1) Farmakoterapi

Panji (2019) menjelaskan bahwa semua obat yang mempunyai efek analgetika biasanya efektif untuk mengatasi nyeri akut. Hal ini dimungkinkan karena nyeri akut akan mereda atau hilang sejalan dengan laju proses penyembuhan jaringan yang sakit. Praktik dalam tatalaksana nyeri, secara garis besar strategi farmakologi mengikuti "WHO Three Step Analgesic Ladder" yaitu :

- a) Tahap pertama dengan menggunakan abat analgetik nonopiat seperti NSAID atau COX2 *specific inhibitors*.

b) Tahap kedua, dilakukan jika pasien masih mengeluh nyeri.

Maka diberikan obat-obat seperti pada tahap 1 ditambah opioid secara intermiten.

c) Tahap ketiga, dengan memberikan obat pada tahap 2 ditambah opioid yang lebih kuat.

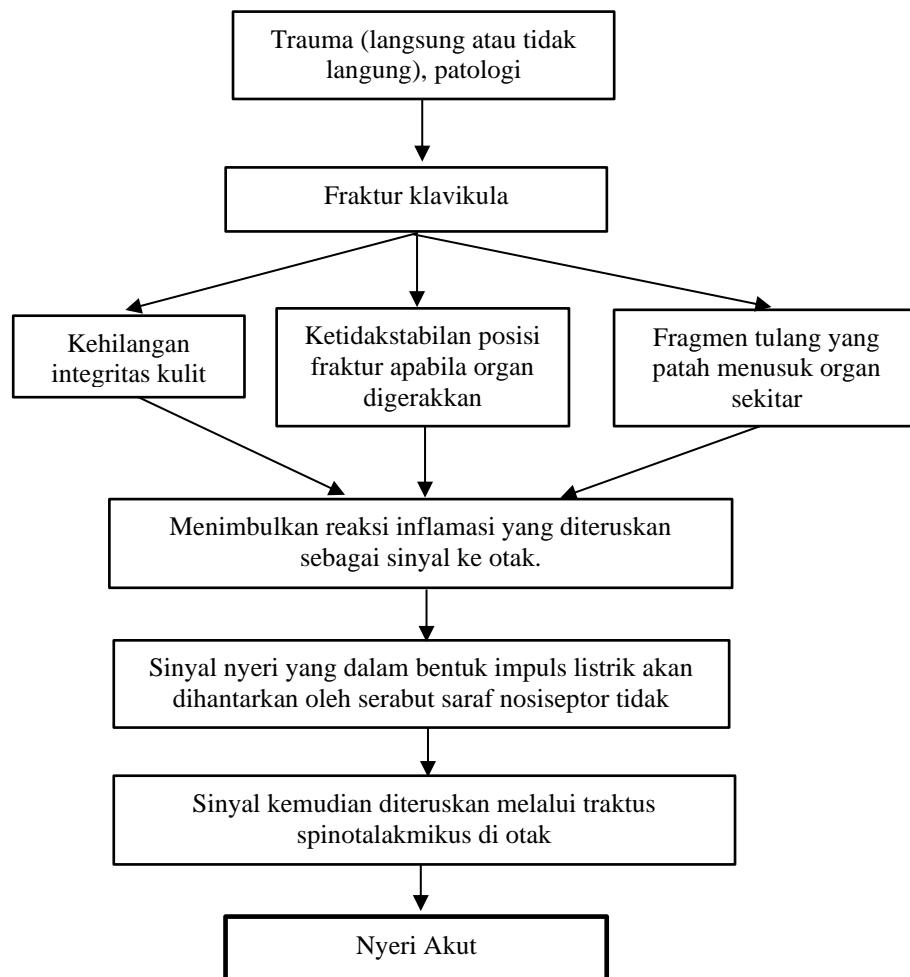
b. Non farmakologi

Terdapat berbagai jenis obat untuk meredakan nyeri, semuanya memiliki resiko dan biaya. Tindakan non farmakologi merupakan terapi yang mendukung terapi farmakologi dengan metode yang lebih sederhana, murah, praktis, dan tanpa efek yang merugikan. Intervensi yang dapat diberikan untuk mengurangi rasa nyeri salah satunya adalah *slow deep breathing* (Potter & Perry, 2020).

Musik klasik Mozart merupakan musik klasik hasil karya seorang komponis Wolfgang Amadeus Mozart (bahasa Jerman) yang bernama asli Johannes Chrysostomus Wolfgangus Gottlieb Mozart. Wolfgang Amadeus Mozart dianggap sebagai salah satu dari komponis musik klasik Eropa yang terpenting dan paling terkenal dalam sejarah (Rifda, 2021). Terapi musik klasik Mozart dapat merangsang tubuh mengeluarkan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin yang memiliki sifat seperti morfinya untuk mengurangi nyeri. Musik klasik karya Mozart ini selain merangsang kecerdasan dan merangsang kinerja otak kanan, juga

merangsang *neural plasticity*. Musik klasik mozart juga mempunyai struktur musik sesuai dengan pola sel otak manusia (Mayenti & Sari, 2020).

f. Pathway



Bagan 2.1 Pathway

Sumber: Bentley & Hosseinzadeh (2023) dan Smeltzer & Bare (2018)

2. *Slow Deep Breathing*

a. Pengertian

Slow Deep Breathing atau relaksasi adalah metode efektif untuk menurunkan nyeri yang merupakan pengalaman sensori dan

emosional yang tidak menyenangkan dengan mekanismenya yang menghentikan siklus nyeri (Faisol, 2022). Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Andriyana et al., 2021).

b. Tujuan teknik *Slow Deep Breathing*

Tujuan dari teknik relaksasi napas dalam yaitu untuk meningkatkan ventilasi alveoli, meningkatkan efisiensi batuk, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, dan mengurangi tingkat stres baik itu stres fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intesitas nyeri yang dirasakan oleh individu (Smeltzer & Bare, 2018). Menurut Aryani (2022), tujuan nafas dalam adalah untuk mengatur frekuensi pola napas, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, mengurangi udara yang terperangkap, meningkatkan inflasi alveolar, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan, dan memperbaiki mobilitas dada dan vertebra thorakalis.

c. Manfaat *Slow Deep Breathing*

Aryani (2022) menjelaskan bahwa ada beberapa manfaat teknik relaksasi nafas dalam meliputi: rasa cemas, gelisah, khawatir berkurang atau menurun, menurunkan tekanan darah dan juga ketegangan jiwa, hati menjadi lebih tenang tidak ada rasa gelisah,

mengontrol tekanan darah pada pasien, detak jantung tidak berdetak kencang dan menjadi menurun, keyakinan pada diri sendiri lebih meningkat dan kesehatan mentali menjadi lebih baik.

d. Prosedur teknik *Slow Deep Breathing*

Multazam et al. (2023) menjelaskan bahwa langkah-langkah tindakan dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam adalah sebagai berikut:

1) Persiapan

- a) Mengecek program terapi medik klien.
- b) Mengucapkan salam terapeutik pada klien.
- c) Melakukan evaluasi atau validasi.
- d) Melakukan kontrak (waktu, tempat, dan topik) dengan klien.
- e) Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur pada klien.
- f) Mempersiapkan alat: satu bantal
- g) Mencuci tangan.

2) Pelaksanaan

- a) Mengatur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau di kursi atau dengan posisi lying position (posisi berbaring) di tempat tidur atau di kursi dengan satu bantal.
- b) Memfleksikan (membengkokkan) lutut klien untuk merilekskan otot abdomen.

- c) Menempatkan satu atau dua tangan klien pada abdomen yaitu tepat dibawah tulang iga.
- d) Meminta klien untuk menarik napas dalam melalui hidung, menjaga mulut tetap tertutup. Hitunglah sampai 3 selama inspirasi.
- e) Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap dalam kondisi rileks dan cegah lengkung pada punggung. Jika ada kesulitan menaikkan abdomen, tarik napas dengan cepat, lalu napas kuat melalui hidung.
- f) Meminta klien untuk menghembuskan udara melalui bibir, seperti meniup dan ekspirasikan secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan pipi, teknik pursed lip breathing ini menyebabkan resistensi pada pengeluaran udara paru, meningkatkan tekanan di broncus (jalan napas utama) dan meminimalkan kolapsnya jalan napas yang sempit.
- g) Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan turunnya abdomen ketika ekspirasi. Hitunglah sampai 7 selama ekspirasi.
- h) Menganjurkan klien untuk menggunakan latihan ini dan meningkatkannya secara bertahap 5-10 menit. Latihan ini dapat dilakukan dalam posisi berbaring.

- i) Merapikan lingkungan dan kembalikan klien pada posisi semula.
- 3) Terminasi
 - a) Membereskan alat.
 - b) Mencuci tangan.
 - c) Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan memantau respon klien.

3. Asuhan Keperawatan

- a. Pengkajian
 - 1) Biodata terdiri dari nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomor register, tanggal dan jam masuk rumah sakit dan diagnosa medis.
 - 2) Keluhan utama : pasien mengeluh keterbatasan aktivitas gerak pada bahu kiri.
 - 3) Riwayat penyakit sekarang

Perawat memperoleh data subjektif dari pasien mengenai masalah pasien dan bagaimana penanganan yang sudah dilakukan. Pasien yang dirawat di rumah sakit penting untuk ditanyakan apakah keluhan utama masih sama seperti pada saat masuk rumah sakit, kemudian tindakan yang sudah dilakukan terhadapnya (Muttaqin, 2018).

4) Riwayat penyakit dahulu

Perawat perlu menanyakan penyakit-penyakit yang dialami sebelumnya yang kemungkinan mempunyai hubungan dengan masalah yang dialami pasien sekarang, seperti apakah klien pernah mengalami Fraktur atau trauma sebelumnya, peningkatan kadar gula darah, atau tekanan darah tinggi. Riwayat operasi pasien perlu ditanyakan karena kemungkinan ada hubungannya dengan keluhan sekarang seperti operasi karsinoma prostat dan karsinoma mammae yang dapat memberikan metastasis ke tulang dengan segala komplikasinya (Helmi, 2016).

5) Riwayat penyakit keluarga

Perawat perlu menanyakan kepada keluarga klien ada atau tidak yang menderita osteoporosis, arthritis dan tuberkulosis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular. Fraktur biasanya berhubungan dengan olahraga, pekerjaan, atau luka yang disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor (Pratama, 2021).

6) Pola Fungsional Gordon

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien biasanya merasa takut akan mengalami kecacatan pada dirinya. Pasien harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Perawat mengkaji kebiasaan hidup klien, seperti

penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengonsumsian alkohol yang dapat mengganggu keseimbangan klien, dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak (Muttaqin, 2018).

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien tidak akan mengalami penurunan nafsu makan, meskipun menu berubah misalnya makan di rumah gizi tetap sama sedangkan di rumah sakit disesuaikan dengan penyakit dan diet pasien (Pratama, 2021).

c) Pola eliminasi

Pasien Fraktur *clavikula* biasanya tidak ada gangguan pada pola eliminasi, namun perlu juga dikaji tentang frekuensi, warna, bau feses pada pola eliminasi. Perawat mengkaji pola eliminasi urin mengkaji frekuensi, kepekatan, warna, bau, dan jumlahnya. adanya kesulitan atau tidak saat berkemih (Muttaqin, 2018).

d) Pola aktivitas (istirahat)

Pasien mengalami keterbatasan atau kehilangan fungsi pada bagian yang Fraktur. Perawat perlu mengkaji apakah pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri, dibantu atau sama sekali tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri. Gejalanya adalah pasien mengatakan lemas dan tampak lemah, serta pasien tidak dapat menolong diri

sendiri. Tandanya adalah aktifitas dibantu sebagian atau penuh (Pratama, 2021).

e) Pola istirahat dan tidur

Perawat perlu mengkaji bagaimana istirahat dan tidur pasien. Apakah ada kebiasaan saat tidur maupun kebiasaan pengantar tidur, adakah hal yang mengganggu saat akan tidur, apakah sering terbangun dimalam hari dan berapa jam tidur pasien setiap hari, lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, kesulitan tidur, dan penggunaan obat tidur. Gejalanya adalah pasien terliat mengantuk, letih dan terdapat kantung mata dan pasien terlihat sering menguap (Muttaqin, 2018).

f) Pola persepsi dan kognitif

Pasien Fraktur merasa ketakutan dan kecacatan akibat Fraktur yang dialaminya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah. Daya raba pasien Fraktur berkurang, terutama pada bagian distal Fraktur, sedangkan indera yang lain dan kognitifnya tidak mengalami gangguan (Muttaqin, 2018).

g) Pola hubungan dengan orang lain

Perawat perlu mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan orang-orang disekitarnya, baik keluarga maupun

tenaga kesehatan, apakah pasien sering menghindari pergaulan, penurunan harga diri. Tandanya lebih menyendiri, tertutup, komunikasi tidak jelas (Pratama, 2021).

h) Pola reproduksi dan seksual

Pasien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap, rasa nyeri yang dialami pasien dan keterbatasan gerak yang dialami pasien. Perawat perlu dikaji status perkawinannya (Muttaqin, 2018).

i) Pola persepsi diri

Perawat mengkaji bagaimana pasien memandang dirinya sendiri, menanyakan bagian tubuh manakah yang sangat disukai dan tidak disuki oleh pasien, apakah pasien mengalami gangguan citra diri dan mengalami tidak percaya diri dengan keadaannya saat ini (Pratama, 2021)..

j) Pola mekanisme coping.

Perawat mengkaji emosional pasien apakah pasien marah-marah, cemas atau lainnya dan apa yang dilakukan pasien jika sedang stress. Pasien biasanya tidak dapat mengambil keputusan dengan tepat, mudah terpancing emosi. Mekanisme coping yang ditempuh klien bisa tidak efektif (Pratama, 2021).

k) Pola tata nilai dan keyakinan

Pasien Fraktur tidak dapat beribadah dengan baik, terutama frekuensi dan konsentrasi dalam beribadah. Hal ini disebabkan oleh nyeri dan keterbatasan gerak yang dialami pasien (Pratama, 2021).

7) Pemeriksaan fisik menurut Muttaqin (2018) adalah sebagai berikut:

- a) Keadaan umum: tanda-tanda yang perlu dicatat adalah kesadaran pasien (apatis, sopor, koma, gelisah, komos mentis, yang bergantung pada keadaan pasien), kesakitan atau keadaan penyakit (akut, kronis, ringan, sedang, berat dan pada kasus Fraktur tibia-fibula biasanya akut), tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan lokal baik fungsi maupun bentuk.
- b) B1 (*Breathing*), pasien Fraktur tidak mengalami kelainan pernafasan. Pemeriksaan palpasi toraks, didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri. Pemeriksaan auskultasi, tidak ditemukan suara nafas tambahan.
- c) B2 (*Blood*), perawat melakukan pemeriksaan inspeksi : tidak ada ictus cordis, palpasi : nadi meningkat, ictus cordis teraba di ICS V MCL sinistra, auskultasi : suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada mur-mur.

d) B3 (Brain)

- (1) Tingkat kesadaran, biasanya kompos mentis
- (2) Kepala, tidak ada gangguan, yaitu normosefalic, simetris, tidak ada penonjolan dan tidak ada sakit kepala.
- (3) Leher, tidak ada gangguan, yaitu simetris, tidak ada penonjolan, dan refleks menelan ada.
- (4) Wajah, pasien menunjukkan ekspresi menahan sakit dan bagian wajah yang lain tidak ada perubahan fungsi dan bentuk. Wajah tampak menyerangai, wajah simetris, tidak ada lesi dan edema.
- (5) Mata, tidak ada gangguan, seperti konjungtiva tidak anemis (pada Fraktur tertutup karena tidak terjadi perdarahan). Pasien Fraktur terbuka dengan banyaknya perdarahan yang keluar biasanya mengalami konjungtiva anemis.
- (6) Telinga, tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal. Tidak ada lesi atau nyeri tekan.
- (7) Hidung, tidak ada deformitas, tidak ada pernafasan cuping hidung.
- (8) Mulut dan faring, tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

- e) Pemeriksaan sistem saraf kranial
 - (1) Saraf I : pada pasien Fraktur cruris, fungsi saraf I tidak ada kelainan
 - (2) Saraf II : tes ketajaman penglihatan dalam kondisi normal
 - (3) Saraf III, IV, dan VI : biasanya tidak mengalami gangguan mengangkat kelopak mata dan pupil isokor.
 - (4) Saraf V : pada klien meningitis umumnya tidak didapatkan paralisis pada otot wajah dan refleks kornea tidak ada kelainan
 - (5) Saraf VII : persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah simetris
 - (6) Saraf VIII : tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi
 - (7) Saraf IX dan X : kemampuan menelan baik
 - (8) Saraf XI : tidak ada atrofi otot setrnikleidomastoideus dan trapezius
 - (9) Saraf XII : lidah simetris, tidak ada deviasi pada satu sisi dan tidak ada fasikulasi (Muttaqin, 2018).
- f) B4 (*Bladder*), perawat mengkaji keadaan urine yang meliputi warna, jumlah, dan karakteristik urin, termasuk berat jenis urine. Pasien Fraktur tidak mengalami kelainan pada sistem ini.

- g) B5 (*Bowel*), perawat mengkaji inspeksi abdomen yaitu bentuk datar, simetris, tidak ada hernia. Palpasi yaitu turgor baik, tidak ada defans muscular dan hepar tidak teraba. Perkusi yaitu suara timpani, ada panyulan gelombang cairan. Auskultasi : peristaltik usus normal 5-30 kali/menit. Inguinal-genitalis-anus : tidak ada hernia, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ada kesulitan Buang Air Besar (BAB).
- h) B6 (*Bone*), Fraktur mengganggu fungsi motorik, sensorik maupun peredaran darah (Muttaqin, 2018). Pengkajian pada sistem B6 (Bone) terdiri dari :
- (1) *Look*, perawat perlu memperhatikan adanya pembengkakan yang tidak biasa atau abnormal dan deformitas. Bagian tulang abnormal dan deformitas sering terjadi patah tulang terbuka sehingga ditemukan adanya tanda-tanda trauma jaringan lunak sama kerusakan integritas kulit dan penonjolan tulang keluar kulit. Pasien menunjukkan tanda-tanda cidera dan kemungkinan keterlibatan berkas neurovaskular (saraf dan pembuluh darah) tungkai, seperti bengkak atau edema. Pasien tidak mampu menggerakkan tangan atau kaki serta penurunan kekuatan otot ekstremitas atas atau bawah dalam melakukan pergerakan.

- (2) *Feel*, pasien mengeluh keluhan nyeri tekan dan krepitasi akibat luka Fraktur dan luka insisi operasi serta oedem di area Fraktur menyebabkan tekanan pada jaringan interstitial sehingga akan menekan noiceptor dan menimbulkan nyeri.
- (3) *Move*, pasien mengeluh sulit menggerakkan bahu akibat oedem dan nyeri pada luka Fraktur maupun luka insisi dan pemsangan gips, sehingga akan menimbulkan ganguan atau penurunan lingkup gerak sendi. Gerakan pada daerah tungkai yang patah tidak boleh dilakukan karena menimbulkan respons trauma pada jaringan lunak di sekitar ujung fragmen tulang yang patah. Pasien terlihat mampu melakukan pergerakan pada tungkai atas yang patah.
- b. Diagnosa Keperawatan
- Nyeri akut berhubungan dengan prosedur operasi dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur di lengan bahu (clavicula)
- c. Intervensi keperawatan
- Manajemen nyeri (I.08238) dengan melakukan tindakan sebagai berikut:
- 1) Observasi:
 - a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, ferkuensi, kualitas, intensitas nyeri

- b) Identifikasi skala nyeri
 - c) Identifikasi respons nyeri non verbal
 - d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 - g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 - h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 - i) Monitor efek samping penggunaan antipiretik
- 2) Terapeutik :
- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan tindakan kompres hangat.
 - b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - c) Fasilitasi istirahat dan tidur
 - d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- 3) Edukasi :
- a) Jelaskan penyebab nyeri, periode, dan pemicu nyeri
 - b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

- e) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan *slow deep breathing*.
- 4) Kolaborasi: pemberian analgetic, jika perlu
- d. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan/implementasi merupakan fase pelaksanaan atau implementasi dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Implementasi terdiri dari melakukan tindakan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan rencana keperawatan. Tindakan-tindakan pada rencana keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Implementasi ini mengacu pada SIKI yang telah dibuat pada rencana keperawatan. Pasien post ORIF close fracture clavicula sinistra dengan hambatan mobilitas fisik, dimana implementasi disesuaikan dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah ditetapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).
- e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan fase kelima atau tahapan terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi mencakup aktivitas yang telah direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika pasien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan dan efektivitas rencana asuhan keperawatan. Evaluasi merupakan aspek penting dalam proses keperawatan karena kesimpulan yang

ditarik dari evaluasi menentukan intervensi keperawatan harus dihentikan, dilanjutkan atau diubah. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assessment, planning) (Potter & Perry, 2020).

Komponen SOAP yaitu S (subjektif) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan. O (objektif) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. A (assessment) adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif. P (planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang dilakukan berdasarkan hasil analisa. Evaluasi yang dilakukan terhadap pasien Post ORIF Close Fracture Clavicula dengan hambatan mobilitas fisik berdasarkan tujuan dan kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu pergerakan ekstremitas membaik, kekuatan otot membaik, rentang gerak *slow deep breathing*(ROM) membaik, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

C. Evidence Base Practice (EBP)

Tabel 2.1
Evidence Base Practice (EBP)

Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode (desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
Multazam et al. (2023)	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sedang di Rumah Sakit Umum Daerah Tanjungpinang	Metode penelitian dengan Pra Eksperimental Design, dengan pendekatan pre-test and post-test without control. Sampel berjumlah 40 responden pada pasien post operasi sedang di RSUD Tanjungpinang dengan teknik pengambilan sampel Accidental Sampling. Data diolah dengan menggunakan uji Wilcoxon. Intervensi yang diberikan dengan memberikan relaksasi nafas dalam selama 5-15 menit setelah 1 x 24 jam dengan cara menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam sesuai sop dengan mengulang 3 kali.	Ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi sedang dengan p value = 0,000 (0.05)
Wiyono et al. (2022)	Pengaruh Eknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Operasi ORIF Fraktur Cruris di Instalasi Bedah Rumah Sakit X	Desain penelitian yang digunakan pre experimental design dengan <i>one group pre test post test design</i> , Sampel sebanyak 12 pasien dengan menggunakan teknik purposive sampling. Alat ukur dengan menggunakan lembar observasi. Analisa data menggunakan uji Mann-Whitney.	Sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam sebanyak 12 (100%) pasien mengalami nyeri sedang, sesudah diberikan teknik relaksasi nafas dalam sebanyak 12 (100%) pasien mengalami tingkat nyeri ringan. Kesimpulan dari penelitian ini ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien pasca orif fraktur cruris di instalasi bedah rumah sakit x (pv =0,000).
Ismonah et al. (2019)	Pengaruh Slow Deep Breathing Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post ORIF di	Metode penelitian yang digunakan adalah <i>one group pretest-posttest</i> . Sampel berjumlah 24	Ada pengaruh slow deep breathing terhadap intensitas nyeri pada pasien

RS Telogorejo Semarang	responden dengan teknik teknik pengambilan sampel adalah <i>accidental sampling</i> dan analisis bivariaat dengan uji Wilcoxon	post ORIF di SMC RS Telogorejo (pv = 0,000)
------------------------	--	---
