

## **BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. Hasil**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien fraktur femur tertutup dengan diagnosa medis fraktur femur tertutup di Ruang IGD RSUD Syekh Yusuf Gowa, maka penulis akan menjabarkan adanya kesesuaian dan kesenjangan yang terdapat antara teori, penelitian terdahulu dan kasus. Tahapan pada BAB ini sesuai dengan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

#### **1. Pengkajian**

Pada tanggal 28 maret 2024 jam 09.00 pasien atas nama Tn. S masuk ke IGD RSUD Syekh Yusuf Gowa. pasien mengatakan nyeri pada paha kiri dan sulit menggerakkan ekstremitas bawah kiri sejak mengalami cedera karena kecelakaan lalu lintas saat perjalanan ke kantor pasien mengatakan dia tabrakan dan tarjatuh dari motor, pasien mengatakan warga setempat akhirnya membawanya ke RS untuk di berikan pertolongan yang lebih intensif, pasien tidak dapat melakukan aktivitas, pasien mengatakan tubuhnya lemah.

Pada pengkajian primer Tn. S tidak memiliki masalah pada *airway* dan *breathing* frekuensi napas 22x/menit serta SpO<sub>2</sub>: 99%. Untuk *circulation*, diperoleh akral dingin, CRT <2 detik, nadi teraba kuat dengan frekuensi 111x/menit. *Disability*, ditemukan tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4M5V6), pupil isokor dengan diameter

2 mm. *Exposure*, diperoleh ditemukan masalah yang dimana pasien memiliki trauma pada paha kiri dan terdapat deformitas serta memiliki keluhan nyeri.

Pada pengkajian sekunder, ditemukan pasien tidak memiliki riwayat alergi dan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya. Pengkajian fisik pada kepala dan wajah diperoleh bahwa wajah simetris, konjunktiva tidak anemis, sklera berwarna putih, bibir tampak pucat, fungsi penglihatan baik, fungsi penciuman baik, fungsi pendengaran baik. Leher dan *cervical spine* ditemukan normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Untuk dada, bentuk dada normal, gerakan dada simetris, suara napas gurgling, tidak ada retraksi dada. Pada perut dan pinggang, ditemukan abdomen datar, tidak terdapat adanya pembesaran organ abdominal. Pada pelvis dan perineum, tidak ditemukan masalah. Ekstremitas, ditemukan kekuatan otot atas: sebelah kanan dan sebelah kiri normal, bawah: sebelah kanan normal dan sebelah kiri tidak normal ditemukan adanya perubahan bentuk yaitu pembengkakan, nyeri, serta bunyi krepitasi, untuk kekuatan ekstremitas atas: sebelah kanan 5 dan sebelah kiri 5, bawah: sebelah kanan 5 dan sebelah kiri 1. Pada punggung dan tulang belakang ditemukan tidak ada kelainan. Untuk psikososial dan seksualitas tidak ditemukan masalah.

Pemeriksaan penunjang dilakukan pada tanggal 28 Maret 2024 berupa foto thorax yang hasilnya terdapat fraktur tertutup pada bagian paha kiri



Terapi medikasi yang diberikan pada pasien yaitu IVFD Ringer Laktat 500ml, Infused RL 20 Tpm, Inj ranitidine 1 ampl / iv, Inj ketorolac 1 ampl / iv, Pasien di pasangkan spalak

Hasil pengkajian di RSUD Syekh Yusuf Gowa didapatkan bahwa penanganan pasien fraktur dengan kasus fraktur femur tertutup saat awal masuk IGD dengan keluhan nyeri. Langkah awal yang dilakukan adalah menempatkan pasien pada triage kuning yang telah disediakan pada saat pasien datang diantar oleh keluarganya di ruang IGD.

## 2. Analisa data

Berdasarkan riwayat penyakit yang diperoleh maka penulis menyusun analisa data untuk menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan kasus. Data subjektif yang didapatkan yaitu, Pasien mengatakan nyeri di akibatkan patah tulang terasa tertusuk-tusuk pada paha sebelah kiri dengan skala nyeri 6 terus menerus. Sedangkan data objektif yang di dapatakan yaitu pasien tampak meringis saat menggerakkan paha kiri , gelisah, protektif pada saat menggerakan anggota tubuh , frekuensi nadi meningkat 111 x/menit, tekanan darah meningkat 140/90 mmhg dari data-data tersebut penulis merumuskan masalah berdasarkan data yang ditemukan pada pasien sehingga dapat menegakkan masalah keperawatan yaitu nyeri akut.

Data subjektif selanjutnya yaitu pasien Pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah kiri, nyeri saat menggerakkan paha kiri, merasa cemas saat bergerak, tidak mampu berdiri sendiri, seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarganya untuk data objektif : tampak kekuatan otot menurun 5551, meringis dan cemas saat menggerakkan paha kiri, tampak lemah, tirah baring dan Gerakan terbatas, adanya deformitas pada paha kiri. Oleh karena itu, penulis dapat merumuskan masalah keperawatan sesuai dengan data tersebut yaitu gangguan mobilitas fisik.

### 3. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas terdapat 2 masalah keperawatan yang muncul dan disusun berdasarkan prioritas masalah keperawatan. Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tekanan darah dan nadi meningkat, tampak meringis. Untuk diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas tulang ditandai dengan pasien mengalami kesulitan bergerak, nyeri saat bergerak, ADL dibantu, gerakan terbatas.

### 4. Intervensi Keperawatan

#### a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan intervensi yang diharapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil berupa keluhan nyeri menurun, nadi membaik tekanan darah membaik, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif

menurun. Untuk rencana intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri meliputi, identifikasi karakteristik nyeri PQRST, mengontrol lingkungan, menjelaskan periode pemicu nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan Teknik relaksasi nafas dalam, serta kolaborasi pemberian analgetic.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas tulang

Tujuan intervensi yang diharapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil berupa pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, Gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Untuk rencana intervensi yang dilakukan yaitu pembidaian dan dukungan ambulansi meliputi, identifikasi kebutuhan dilakukan pembidaian, monitor distal area cedera, menimilkan pergerakan, pembatasan pergerakan, identifikasi adanya nyeri, melibatkan keluarga dalam ambulasi serta fasilitasi melalukakan mobilisasi.

5. Implementasi keperawatan

Pada tanggal 28 Maret 2024 penulis melakukan Implementasi yaitu pada pukul 09.00 mengidentifikasi dan melakukan pengakajian nyeri PQRST pada pasien sesaat pasien datang ke IGD, setelah itu pukul 09.05 memberikan Teknik relaksasi non farmakologis ke pasien untuk

menurunkan rasa nyeri karena pasien datang dengan keluhan nyeri dengan skala nyeri 6, kemudian pukul 09.10 mengontrol lingkungan serta memfasilitasi istirahat dan tidur dan menjelaskan penyebab dan strategi meredakan nyeri dimana pasien tampak meringis kesakitan, sehingga pukul 09.12 melakukan kolaborasi pemberian injeksi analgetic ketorolac 1 amp akses IV dengan ketika sudah dilakukan injeksi selanjutnya pada setelah itu pukul 09.20 memonitor rasa nyeri setelah kolaborasi pemberian relaksasi nafas dalam dan injeksi ketolorac dengan hasil skala nyeri menurun menjadi 4.

Kemudian implemtasi yang kedua dilakukan secara bersamaan pukul 09.00 mengidentifikasi kebutuhan bidai pada pasien trauma sesaat pasien datang ke IGD, setelah itu pukul 09.05 memonitor bagian distal dan memonitor adanya pendarahan area cedera dimana tampak Gerakan motoric lemah dan nadi meningkat serta tampak Lokasi cedera tertutup sehingga tidak ada pendarahan yang terjadi. kemudian pukul 09.10 mengidentifikasi material bidai, menimilkan pergerakan dan menjelaskan tujuan dan Langkah prosedur pembidaian dimana pasien dapat memahami penejelasan perawat, sehingga pukul 09.12 melakukan pemasangan bidai dan menganjurkan pembatasan gerak dengan ketika sudah dilakukan pembidaian selanjutnya pada setelah itu pukul 09.20 memonitor rasa nyeri dan kekuatan otot setelah pemberian pembidaian

#### 6. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi pada diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditemukan pasien memiliki GCS 15 (composmentis), pasien tampak gelisah, TTV: TD: 140/90 mmHg; N: 111x/menit; P: 22x/menit; S: 36°C; SaO<sub>2</sub>: 99%, dengan nilai E4M5V5.

<b>Pre evaluasi</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Post evaluasi</b>
pasien mengatakan nyeri pada paha kanan seperti ditusuk-tusuk, nyeri terus menerus	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	Masih mengatakan nyeri sudah menurun nyeri yang dirasakan hilang timbul
Skala nyeri 6	Mengidentifikasi skala nyeri	Skala nyeri 4
pasien mengatakan apabila ia bergerak maka nyeri semakin berat	mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.	Pasien tampak masih merasakan nyeri apabila bergerak dan semakin berat
Tampak meringis	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.	Tampak Meringis menurun
Pasien mengatak tidak mengetahui Teknik non farmakogis untuk menurangi nyeri	Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri	Pasien tampak di berikan cara mengatasi nyeri yaitu dengan Teknik relaksasi nafas dalam dan dilakukan pemasangan bidai
Pasien tampak gelisah dan bersikap rotektif	Memfasilitas istirahat dan tidur	Tampak gelisah dan sikap protektif menurun sesaat
Pasien tidak melakukan relaksasi nafas dalam	Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	pasien melakukan relaksasi nafas dalam dengan benar sesuai sop

Keluhan nyeri meningkat	Mengkolaborasi pemberian analgetik	ketorolac 1a/8 jam

*Assessment* yang diperoleh yaitu nyeri akut belum teratasi sehingga *planning* yang dilakukan yaitu intervensi tetap dilanjutkan dengan mengidentifikasi nyeri, skala nyeri, mengontrol lingkungan, memfasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik relaksasi yang lainnya, kolaborasi pemberian analgetic

Pada evaluasi diagnosa keperawatan kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas tulang data subjektif pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstermitas kiri, Gerakan terbatas, nyeri saat bergerak, kekuatan otot menurun 5551, ADL dibantu.

<b>Pre evaluasi</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Post evaluasi</b>
Pasien mengatakan sulit dan terasa nyeri saat menggerakkan ekstremitas kiri	Mengidentifikasi kebutuhan dilakukan pembidaian (mis. Fraktur, dislokasi)	terdapat fraktur pada paha kiri
Pesien mengalami pembengkakan pada bagian paha kiri	Memonitor bagian distal area cedera pada bagian tubuh yang cedera	Tampak Gerakan motoric lemah
Masuk ke igd dengan riwayat kll	Memonitor adanya pendarahan pada area cedera	tampak lokasi cedera tertutup sehingga tidak ada pendarahan yang terjadi
Terdapat fraktur pada paha kiri	Mengidentifikasi material bidai yang sesuai	material bidai yang digunakan sudah sesuai lurus dan keras



		Panjang bidai melewati dua sendi
Tampak meringis saat menggerakkan paha dan tampak adanya deformitas pada paha kiri	Memasang bidai pada posisi tubuh seperti saat ditemukan	pasien sudah terpasang bidai spalak pada ekstremitas bawah sinistra
Kekuatan otot menurun	Menganjurkan membatasi gerak pada area cedera	pasien tampak mengurangi pergerakan pada area cedera dan adl di bantu oleh keluarga
Post kll mengeluh nyeri pada paha kiri	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Pasien mengatakan masih sulit menggerakkan akstremitas kiri dan nyeri sudah menurun
Aktivitas terbatas	Memfasilitasi aktivitas fisik dengan alat bantu , jika perlu	Menggunakan brankar dalam melakukan ambulasi
Gerakan terbatas	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	Pasien tampak dibantu oleh kerurganya dalam melakukan pergerakan atau aktivitas

*Assessment* yang diperoleh yaitu gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian sehingga *planning* untuk melanjutkan intervensi berupa dukungan ambulasi yaitu mengidentifikasi adanya keluhan nyeri, mengidentifikasi toleransi fisik, memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, memfasilitasi alat bantu, dan melibatkan keluarga dalam ambulasi

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan ini penulis akan menambahkan tentang penerapan manajemen hipertermia terhadap perbaikan termoregulasi pada anak dengan kejang demam di Instalasi gawat darurat RSUD Syekh Yusuf Gowa.

### **1. Gambaran masalah keperawatan pada pasien yang mengalami fraktur**

Berdasarkan tinjauan kasus yang telah dilakukan pada bab ini penulis akan membahas tentang penatalaksanaan keperawatan pembidaian dan manajemen nyeri pada Tn. S yang diberikan kepada Tn. S dengan diagnosa medis Fraktur femur sinistra di ruang IGD RSUD Syekh Yusuf Gowa tindakan keperawatan yang diberikan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi.

Hasil pengkajian yang diperoleh pada Tn. S di dapatkan bahwa keluhan utama nyeri pada bagian ekstremitas bawah kiri data lain yang di temukan pada Tn. S yaitu mengeluh rasa nyeri pada kaki sebelah kiri akibat patah tulang (fraktur) karena kecelakaan. berdasarkan data yang didapatkan dari hasil pengkajian pada pasien dimana sejalan dengan hasil penelitian Wahyu, (2020) mengatakan keluhan utama yang sering ditemukan pada penderita fraktur adalah nyeri. nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual atau potensial

Masalah keperawatan kasus kelolaan didapatkan diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada Tn. S

didapatkan data subjektif bahwa pasien mengatakan nyeri pada ekstremitas bawah (paha kiri), selanjutnya berdasarkan hasil observasi didapatkan data bahwa data objektif pasien tampak meringis, tampak gelisah, tampak protektif pada saat menggerakkan paha kiri, nyeri yang dirasakan terus menerus, frekuensi nadi meningkat 111 x/menit, dan frekuensi tekanan darah meningkat yaitu TD: 140/90 mmHg. berdasarkan data yang didapatkan dari hasil pengkajian pada pasien dimana sejalan dengan hasil penelitian Afrianto, (2023) yang menyatakan dalam pengkajiannya didapatkan data subjektif keluhan nyeri, pasien tampak meringis pada paha kiri nyeri saat digerakkan seperti ditusuk-tusuk skala nyeri 8 terus menerus.

Masalah keperawatan yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas tulang pada Tn. S didapatkan data subjektif bahwa pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah kiri beserta nyeri, tidak mampu berdiri sendiri, merasa cemas, seluruh aktivitas dibantu selanjutnya data objektif kekuatan otot menurun, tampak lemah, meringis, adanya deformitas pada paha kiri.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Artawan, (2020) dengan menggunakan responden 2 pasien fraktur femur didapatkan ke responden tersebut mengalami masalah keperawatan utama yaitu nyeri akut. hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Munirah et al., (2024) di dapatkan bahwa masalah keperawatan pada pasien close fraktur femur sinistra dengan masalah keperawatan nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik.

Berdasarkan pada diagnosis tersebut maka penulis mengangkat satu intervensi utama yaitu manajemen nyeri dengan Tindakan keperawatan pembidaian dan relaksasi nafas dalam.

## 2. Efektivitas penetalaksanaan tindakan keperawatan pembidaian

Rencana Tindakan dilakukan berdasarkan teori yang telah ditetapkan dalam buku standar intervensi keperawatan (SIKI) dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yaitu dengan melakukan Tindakan pembidaian . berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Afrianto, (2023) menyatakan tentang adanya penerapan pembidaian terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien fraktur femur sinistra ini dibuktikan dengan hasil pengukuran menggunakan alat ukur Numeric Rating Scale sebelum dilakukan implementasi pembidaian dengan menunjukkan skala nyeri 8 menjadi skala nyeri 6 sesudah dilakukan implementasi pembidaian.

penelitian lainnya yang dilakukan oleh Zukhri et al., (2023) tentang pengaruh pembidaian terhadap penurunan nyeri pada pasien fraktur ekstremitas tertutup terbukti dapat menurunkan nyeri sesudah dilakukan pembidaian pada pasien fraktur. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Faidah, (2022) juga menunjukkan hasil sama, bahwa terjadi penurunan skala nyeri pada pasien fraktur setelah dilakukan tindakan pembidaian, hal ini ditunjukkan dengan skala nyeri pada pasien setelah dilakukan tindakan balut bidai berada di rentang 3-7, dan sebelum dilakukan tindakan balut bidai berada di rentang 6-9. Hal ini terjadi

karena dengan pemasangan balut bidai dapat menahan bagian tubuh agar tidak bergeser atau berubah posisi yang tidak dikehendaki sehingga dapat mengurangi sensasi nyeri.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Platini et al., (2020) menyatakan bahwa pembidaian bertujuan untuk merelaksasikan otot-otot skelet dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphan dan enkefalin yang dapat mengurangi nyeri. Adapun manfaat dari pembidaian yaitu menyangga atau menahan bagian tubuh agar tidak bergeser atau berubah dari posisi yang dikehendak, sehingga menghindari bagian tubuh agar tidak bergeser dari tempatnya dan mengurangi rasa nyeri (Arifin Noor et al., 2023)

Dari hasil implementasi keperawatan yang dilakukan kepada pasien Tn S Dimana dilakukan Tindakan keperawatan pembidaian dan didapatkan hasil data objektif Pasien nampak meringis saat menggerakkan paha kiri, nadi meningkat 111 x/ menit, tekanan darah meningkat 140/90 mmhg, tampak protektif pada cedera, pasien tampak lemah, dan skala nyeri 6. Setelah dilakukan Tindakan keperawatan dengan pembidaian didapatkan tampak meringis menurun, keluhan nyeri menurun menjadi 5, nadi menurun menjadi 92x/m, tekanan darah menurun menjadi 128/86 mmhg, tampak bersikap protektif menurun, tampak lemah menurun, tampak pasien sudah terpasang bidai.

3. Efektivitas penetalaksanaan tindakan keperawatan relaksasi nafas dalam

Rencana Tindakan dilakukan berdasarkan teori yang telah ditetapkan dalam buku standar intervensi keperawatan (SIKI) dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu dengan melakukan Tindakan pemberian relaksasi nafas dalam. berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lambiombir & Widiati, (2024) dalam penelitiannya mendapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam skala nyeri 9 dan setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam mengalami perubahan dengan skala 6 ini menunjukkan bahwa dengan penerapan teknik relaksasi napas dalamsangat efektif dalam membantu proses penurunan nyeri pada pasien fraktur secara perlahan.

Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Novitasari & Pangestu, (2023), bahwa terjadi penurunan skala nyeri dari 6 ke 4 paska pemberian terapi relaksasi napas dalam. Hal ini juga sejalan dengan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Meliana et al., (2024) menunjukkan bahwa pemberian bidai balut dan terapi relaksasi nafas dalam dapat menurunkan skala nyeri pada pasien fraktur dari skala 7 sebelum diberikan intervensi menjadi skala 5 setelah diberikan intervensi.

Teknik relaksasi nafas dalam dapat membantu dapat menurunkan sensasi nyeri dengan merilekskan otot yang tegang. Teknik relaksasi nafas dalam dapat dilakukan dengan nafas frekuensi lambat, berirama, memejamkan mata, bernafas dengan perlahan dan nyaman. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan tindakan keperawatan non farmakologis yang mempunyai risiko rendah tetapi dapat mengurangi

sensasi nyeri secara perlahan. Hal ini terjadi karena teknik relaksasi nafas dalam mampu memberikan rangsangan pada tubuh untuk melepaskan opioid endogen. yang berupa endorphine dan enkafalin dalam mampu memberikan rangsangan pada tubuh untuk melepaskan opois endogen yang berupa endorphine dan enkafalin yaitu endorphin dan enkefalin yang dapat mengurangi nyeri (Cahyani & Nopriyanto, 2021).

Dari hasil implementasi keperawatan yang dilakukan kepada pasien Tn S Dimana dilakukan Tindakan keperawatan pemberian Teknik relaksasi nafas dalam dan didapatkan hasil data objektif Pasien nampak meringis saat menggerakkan paha kiri, nadi meningkat 111 x/ menit, tekanan darah meningkat 140/90 mmhg, tampak protektif pada cedera, pasien tampak lemah, dan skala nyeri 6. Setelah dilakukan Tindakan keperawatan dengan pemberian Teknik relaksasi nafas dalam didapatkan tampak meringis menurun, keluhan nyeri menurun menjadi 5, nadi menurun menjadi 92x/m, tekanan darah menurun menjadi 128/86 mmhg, tampak bersikap protektif menurun, tampak lemah menurun, tampak pasien sudah terpasang bidai.