

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penilitian diatas mengenai “Metode Pembidaian *Rigid Splint* Pasien *Open Fraktur* Pada Ekstremitas Bawah Dengan Nyeri Berat Di Ruang IGD Rumah Sakit Nur Rohmah gunungkidul” dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh melalui studi kasus, di dapatkan bahwa Tn. M dan Tn. S dirawat di ruang IGD dalam rentang waktu yang berbeda. Tn. M dirawat tanggal 21 Oktober 2024, sedangkan Tn. M dirawat tanggal 9 November 2024.

a. Pengkajian Klien 1 Tn.S

Hasil pengkajian pada pasien pertama atas nama Tn, S didapatkan bahwa Tn. S setelah kecelakaan lalulitas di jalan Dlingo Getas Playen pada tanggal 21 Oktober 2024 Jam 13.00 diantar warga ke Rumah Sakit Nur Rohmah, pasien sampai IGD tanggal 21 Oktober 2024 Jam 14.00 mengeluh nyeri hebat pada kaki kanan, terdapat luka robekan dan terlihat jaringan tulang di betis kaki kanan, luka lecet di tangan kiri dan kaki kiri. Pasien mengeluh nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri menetap, nyeri bertambah bila kaki digerakkan, skala nyeri 10. Pasien tampak meringis kesakitan dan tampak lemas, keluar darah pada luka robekan area betis kanan, bunyi krepitasi pada luka terdengar gemeretak pada tulang yang dirasakan sakit, kaki terlihat perubahan bentuk dan bengkak. Hasil pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan radiologi rontgen cruris dengan hasil Completa Multiple Fraktur tibia et fibula dextra.

b. Pengkajian Klien 2 Tn.M

Hasil Pengkajian pada pasien kedua Tn. M didapatkan bahwa Tn. M diantar oleh polisi setelah mengalami kecelakaan lalulitas di jalan Yogyo Wonosari pada tanggal 09 November 2024 Jam 08.30, pasien sampai IGD Rumah Sakit Nur Rohmah tanggal 09 November 2024 Jam 09.00 , pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri, terdapat luka robekan dan terlihat jaringan tulang di betis kaki kiri, luka lecet di telapak tangan kiri dan lutut kaki kiri. Pasien mengeluh nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri bertambah bila kaki digerakkan, skala nyeri 9. Pasien tampak meringis kesakitan dan tampak memegangi kaki kirinya , keluar darah pada luka robekan area betis kaki kiri, kaki terlihat perubahan bentuk dan bengkak. Hasil

pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan radiologi rontgen cruris dengan hasil Completa Fraktur tibia et fibula sinistra

2. Diagnosa Keperawatan

Pada pasien **open fraktur ekstremitas bawah dengan nyeri berat**, diagnosa keperawatan yang ditetapkan harus mempertimbangkan kondisi kegawatdaruratan yang dapat mengancam keselamatan pasien jika tidak segera ditangani. Dalam sistem triase di IGD, prioritas utama diberikan pada kondisi yang berisiko menyebabkan **deteriorasi status fisiologis**, terutama yang berkaitan dengan perdarahan, nyeri, risiko infeksi, dan gangguan mobilitas. Oleh karena itu, **lima diagnosa keperawatan berikut ditetapkan sebagai prioritas utama** dalam manajemen pasien (Mubarak, 2018b). Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 1 Tn.S dan klien 2 Tn.M didapatkan kesamaan diagnosa pada kedua pasien tersebut, antara lain :

a. Risiko Hipovolemia (D.0034) berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif

Perdarahan akibat fraktur terbuka dapat menyebabkan kehilangan volume cairan yang signifikan, meningkatkan risiko syok hipovolemik. Jika tidak segera ditangani, kondisi ini dapat berujung pada hipotensi, gangguan perfusi jaringan, dan kegagalan organ. Oleh karena itu, **identifikasi dini tanda-tanda hipovolemia** seperti penurunan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, dan pucat menjadi langkah krusial dalam triase IGD untuk memastikan tindakan resusitasi cairan segera dilakukan.

b. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129) berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan penekanan pada tonjolan tulang

Fraktur terbuka menyebabkan **kerusakan langsung pada jaringan kulit dan otot**, sehingga meningkatkan risiko luka tekan akibat tonjolan tulang yang menonjol atau pergeseran tulang yang tidak stabil. Jika tidak ditangani dengan baik, gangguan integritas jaringan dapat memperburuk kondisi pasien, menghambat proses penyembuhan, serta meningkatkan risiko infeksi dan nekrosis jaringan. Oleh karena itu, perawatan luka yang tepat, **pembidaian yang optimal, dan pemantauan tanda-tanda iskemia** menjadi bagian dari prioritas keperawatan di IGD.

c. (D0142) Risiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan kerusakan integritas kulit.

Luka terbuka akibat fraktur memberikan jalur masuk langsung bagi mikroorganisme patogen, meningkatkan risiko infeksi yang dapat berkembang menjadi osteomielitis atau sepsis jika tidak ditangani dengan baik. Mengingat IGD adalah tempat pertama dalam sistem pelayanan kesehatan yang menangani pasien, pencegahan infeksi harus menjadi prioritas utama dengan pembersihan luka secara steril, pemberian antibiotik profilaksis, serta monitoring tanda-tanda awal infeksi.

d. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Fraktur terbuka menyebabkan nyeri berat akibat kerusakan jaringan, peradangan, serta aktivasi nosiseptor di sekitar area cedera. Jika tidak dikendalikan, nyeri dapat menyebabkan stres fisiologis yang memicu peningkatan tekanan darah, takikardia, dan gangguan pernapasan. Oleh karena itu, manajemen nyeri di IGD menjadi prioritas utama untuk meningkatkan kenyamanan pasien, mengurangi kecemasan, serta mencegah komplikasi akibat nyeri yang tidak tertangani.

e. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal.

Fraktur ekstremitas bawah menyebabkan ketidakmampuan pasien untuk bergerak secara mandiri, yang dapat meningkatkan risiko komplikasi sekunder seperti dekubitus, trombosis vena dalam (DVT), atau atrofi otot. Oleh karena itu, imobilisasi yang tepat dengan metode pembidaian harus segera dilakukan di IGD untuk menjaga stabilitas fraktur, mengurangi nyeri, serta mencegah pergerakan yang dapat memperburuk cedera.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan Pada Tn.S dan Tn.M disesuaikan dengan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Intervensi yang diberikan antara lain :

- a. Manajemen Syok Hipovolemik (I.02050)
- b. Perawatan Integritas Kulit (I.11353)
- c. Edukasi Pencegahan Infeksi (I. 12406)
- d. Manajemen Nyeri (I. 08238)
- e. Pencegahan Cedera (I.14537)

4. Implementasi Keperawatan Pembidaian

Implementasi keperawatan Tn.S dan Tm.M pada karya ilmiah ini disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan serta melakukan implementasi keperawatan yang telah ditegakkan sebelumnya yaitu : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan insensitas nyeri, memeriksa bagian tubuh yang cidera / yang akan dibidai, menyiapkan alat dan bahan, lalu melakukan balut untuk pada area yang terdapat luka terbuka dengan heciting situasional sebanyak 7 jahitan pada Tm.M dan sebanyak 5 jahitan pada Tn.S, setelah luka tertutup terbalut dan tidak ada darah keluar dilakukan teknik pembidaian dengan metode *Rigid Splint* untuk stabilisasi dengan menempatkan bidai di area lokasi cidera dengan tiga sisi yang berbeda (bawah, samping kanan, samping kiri), menghindari bagian tubuh yang cidera, memindahkan pengikat bidai melalui celah antara lekukan tubuh dan bed pasien, membuat simpul pada area pangkalkanan/kiri bidai pada sisi yang sama (menjauhi permukaan tulang), memastikan bidai dapat mencegah pergerakan anggota tubuh yang mengalami cidera serta melonggarkan ikatan bidai jika terjadi pucat, kebiruan, sakit/mati rasa.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan secara berkala untuk menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan, khususnya setelah pemasangan bidai pada pasien dengan **open fraktur ekstremitas bawah dan nyeri berat**. **Satu jam setelah pemasangan bidai**, dilakukan evaluasi terhadap tingkat nyeri pasien, perfusi jaringan, serta kenyamanan dalam posisi tubuh. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa pasien mengalami **penurunan skala nyeri**, yang ditandai dengan berkurangnya ekspresi nyeri dan ketegangan otot. Perfusi distal juga diperiksa dengan menilai **warna kulit, suhu, kapiler refill, dan denyut nadi perifer** untuk memastikan aliran darah tetap adekuat. Jika ditemukan tanda-tanda iskemia atau peningkatan nyeri yang tidak wajar, maka dilakukan penyesuaian terhadap pemasangan bidai untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Berdasarkan hasil implementasi pada dua pasien yaitu Tn. M dan Tn. S didapatkan Evaluasi keperawatan terjadi penurunan skala nyeri yang signifikan dalam waktu satu jam setelah dilakukan pembidaian. Pada Tn. M, skala nyeri awal sebesar 10 (nyeri berat) turun menjadi 6 (nyeri sedang), yang menunjukkan penurunan sebesar 4 poin. Sedangkan pada Tn. S, skala nyeri awal sebesar 9 (nyeri berat) turun menjadi 4 (nyeri ringan), menunjukkan penurunan sebesar 5 poin. masalah teratasi sebagian.

Pada kedua pasien dipindahkan ke ruang rawat inap dalam waktu dua jam setelah penanganan di IGD. Sebelum pemindahan, dilakukan pengecekan ulang terhadap kondisi pasien, termasuk **stabilitas fraktur, tanda-tanda vital, dan kontrol nyeri.**

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit diharapkan meningkatkan pelatihan, serta meningkatkan kemampuan asuhan keperawatan khususnya untuk penanganan fraktur ekstremitas bawah dengan fokus pada manajemen nyeri dengan metode pembidaian

2. Bagi Perawat

Perawat disarankan untuk memperkuat kompetensi dalam melakukan tindakan pembidaian dan evaluasi nyeri melalui pelatihan rutin. Selain itu, perawat perlu meningkatkan komunikasi terapeutik untuk memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar lebih membekali mahasiswa didiknya tentang wawasan dan pengetahuan bagaimana asuhan keperawatan nyeri pasien post operasi fraktur colum femur dextra sehingga dapat melakukan studi kasus dengan masalah lain yang lebih kompleks.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Klien dan keluarga perlu diberikan edukasi tentang pentingnya pembidaian sebagai langkah awal untuk mencegah komplikasi lebih lanjut, serta teknik sederhana yang bisa dilakukan untuk mengurangi nyeri selama perjalanan menuju fasilitas kesehatan.