

SKRIPSI

HUBUNGAN PENGGUNAAN SKIN TRAKSI DENGAN TINGKAT NYERI PADA PASIEN FRAKTUR FEMUR PRE OPERASI DIRUANG RAWAT INAP RSD SIDOARJO

PENELITIAN CROSS SECTIONAL

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

MUHAMMAD HARTONO

NIM : 131011200

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 22 Februari 2012
Yang Menyatakan



MUHAMMAD HARTONO
NIM. 131011200

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGGUNAAN SKIN TRAKSI DENGAN TINGKAT
NYERI PADA PASIEN FRAKTUR FEMUR PRE OPERASI
DI RUANG RAWAT INAP RSD SIDOARJO**

Oleh:

MUHAMMAD HARTONO
NIM. 131011200

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

Tanggal: 22 Februari 2012

Oleh:

Pembimbing I



Harmayetty, S.Kp., M.Kes.
NIP. 19700410 200012 2 001

Pembimbing II



Sukma Randani Ismono, S.Kep., Ns.
NIK. 139080790

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Plt. Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep.
NIP. 19790424 200604 2 002

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGGUNAAN SKIN TRAKSI DENGAN TINGKAT
NYERI PADA PASIEN FRAKTUR FEMUR PRE OPERASI
DI RUANG RAWAT INAP RSD SIDOARJO**

Oleh:

MUHAMMAD HARTONO
NIM. 131011200

Telah diuji

Pada tanggal, 23 Februari 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua : Purwaningsih, S.Kp., M.Kes.
NIP. 19661121 200003 2 001

Anggota :

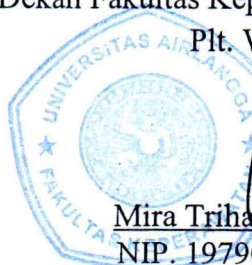
1. Harmayetty, S.Kp., M.Kes.
NIP. 19700410 200012 2 001

2. Sukma Randani Ismono, S.Kep., Ns.
NIK. 139080790

()
(Harmayetty)
()

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Plt. Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep.
NIP. 19790424 200604 2 002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah S.W.T, berkat rahmat dan bimbingan-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN PENGGUNAAN SKIN TRAKSI DENGAN TINGKAT NYERI PADA PASIEN FRAKTUR FEMUR PRE OPERASI DI RUANG RAWAT INAP RSD SIDOARJO”** tepat pada waktunya. Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S. Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep., selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Yuni Sufianti Arief, S.Kp., M.Kes., selaku Wakil Dekan II Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
4. Yulis Setiya Dewi, S.Kep., Ns., M.Ng., selaku Wakil Dekan III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

5. dr. Eddy Koestantono, M.MM, selaku Direktur Rumah Sakit Daerah Sidoarjo yang telah memberikan ijin dan fasilitas dalam melaksanakan penelitian ini.
6. Harmayetty, S.Kp., M.Kes., selaku penguji dan pembimbing satu yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
7. Sukma Randani Ismono, S.Kep., Ns, selaku penguji dan pembimbing kedua yang telah banyak meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan dalam penyusunan skripsi ini.
8. Tyas Kusumaningrum, S.Kep., Ns, selaku pembimbing akademik.
9. Staf dosen pendidikan, staf tata usaha dan perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
10. Kepala bagian Perencanaan, Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Bidang Keperawatan beserta staf, Kepala Litbang beserta staf, staf tata usaha dan rekam medik Rumah Sakit Daerah Sidoarjo yang telah memberikan bantuan dalam pelaksanaan penelitian ini.
11. Kepala Ruangan Mawar Kuning, Teratai, dan Tulip beserta staf yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya dalam melaksanakan penelitian ini.
12. Kedua orangtua tercinta, adik-adikku, dinda Kurrotu A'yun beserta keluarga yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materiil serta do'a restu dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
13. Rekan sejawat IGD RSD Sidoarjo dan rekan sejawat B-13 Program Studi Ilmu Keperawatan yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah

memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

14. Seluruh responden dalam penelitian ini beserta keluarga atas partisipasi dan kerjasamanya selama ini.

15. Beberapa pihak lain yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah S.W.T membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Kami menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kami mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, Februari 2012

Penulis

ABSTRACT

**RELATIONS OF USE SKIN TRACTION WITH PAIN LEVELS IN PRE
OPERATION FEMORAL FRACTURE PATIENTS IN
SIDOARJO HOSPITAL**

Cross Sectional Study

By : MUHAMMAD HARTONO

Pain was one of the problems that need to be considered and prioritized on a femoral fracture patients who will underwent to surgery primarily. This pain could be mild, moderate or severe and even become intolerable that appear instantly and at any time after incident or on treatment. Skin traction could help to reduce the pain caused by muscle spasm related to disconnection of tissue around the fracture site. This study was aims to explain the relations of use skin traction with pain levels in pre operation femoral fracture patients in Sidoarjo hospital.

This study used cross sectional design with population were all adult patients with femoral fracture pre installed operating attached to skin traction in January-February 2012 that were treated in yellow Rose, Lotus and Tulip rooms Sidoarjo Hospital amount 23 patients. Sample amount 23 respondents used total sampling technique. The independent variable in this study was use of skin traction, while the dependent variable was the pain level in pre operation femoral fracture patients. The data was collect using questionnaires and observation at the pain level by Visual Analog Scale (VAS). Data analysis used statistical chi-square test with level of significance of $\leq 0,05$.

Result used calculations and statistical analysis showed that value $p=0.728$, so H_1 was rejected. It can be concluded that there was so not significant effect of use the skin traction with pain levels in pre operation femoral fracture patients. Suggestions for further research needs to be done with different methods and attention to other factors that could affect the research result.

Keywords : femoral fracture, skin traction, and pain levels.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar.....	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji	iv
Ucapan Terima Kasih	v
<i>Abstract</i>	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Fraktur Femur.....	7
2.1.1 Definisi Fraktur Femur.....	7
2.1.2 Etiologi Fraktur Femur.....	7
2.1.3 Epidemiologi Fraktur Femur.....	8
2.1.4 Manifestasi Fraktur Femur.....	8
2.1.5 Klasifikasi Fraktur Femur.....	9
2.1.6 Diagnosis Fraktur Femur.....	10
2.1.7 Penatalaksanaan Fraktur Femur.....	11
2.1.8 Komplikasi Fraktur Femur.....	11
2.1.9 Nyeri Pada Fraktur Femur.....	12
2.1.10 Faktor yang Berhubungan dengan Nyeri Fraktur Femur...	22
2.2 Konsep Skin Traksi.....	24
2.2.1 Pengertian Skin Traksi.....	24
2.2.2 Tujuan dan Prinsip Skin Traksi.....	25
2.2.3 Indikasi Skin Traksi.....	25
2.2.4 Teknik Pemasangan Skin Traksi.....	26
2.2.5 Komplikasi Skin Traksi.....	27
2.2.6 Skin Traksi terhadap Nyeri.....	27
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	29
3.1 Kerangka Konseptual.....	29
3.2 Hipotesis Penelitian.....	31

BAB 4 METODE PENELITIAN	32
4.1 Desain Penelitian	32
4.2 Kerangka Operasional.....	32
4.3 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Sampling	33
4.3.1 Populasi.....	33
4.3.2 Sampel dan Besar Sampel.....	34
4.3.3 Teknik Sampling.....	34
4.4 Identifikasi Variabel.....	34
4.4.1 Variabel Independen.....	34
4.4.2 Variabel Dependen.....	34
4.5 Definisi Operasional	35
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	35
4.6.1 Instrumen Penelitian	35
4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	36
4.6.3 Prosedur Penelitian	37
4.6.4 Analisa Data.....	38
4.7 Etik Penelitian.....	39
4.8 Keterbatasan.....	39
 BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	 41
5.1 Hasil Penelitian	42
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	42
5.1.2 Karakteristik Demografi Responden.....	42
5.1.3 Variabel yang Diukur.....	49
5.2 Pembahasan Penelitian.....	53
5.2.1 Penggunaan Skin Traksi Pada Pasien Fraktur Femur Pre Operasi	53
5.2.2 Tingkat Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Pre Operasi	55
5.2.3 Hubungan Penggunaan Skin Traksi dengan Tingkat Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Pre Operasi	56
 BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....	 61
6.1 Simpulan	61
6.2 Saran	62
 Daftar Pustaka.....	 63

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Tulang Femur dan Fraktur Femur	7
Gambar 2.2 Fraktur Subtrokanter dan Fraktur Suprakondiler	9
Gambar 2.3 Fraktur Interkondiler dan Fraktur Kondiler	9
Gambar 2.4 Physiology of Pain Perception	17
Gambar 2.5 Pain Pathway	18
Gambar 2.6 Skala Pengukuran VAS	21
Gambar 2.7 Teknik Pemasangan Skin Traksi (1)	26
Gambar 2.8 Teknik Pemasangan Skin Traksi (2)	26
Gambar 2.9 Teknik Pemasangan Skin Traksi (3)	27
Gambar 2.10 Teknik Pemasangan Skin Traksi (4)	27
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	29
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian	33
Gambar 5.1 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	43
Gambar 5.2 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Agama di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	43
Gambar 5.3 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Usia di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	44
Gambar 5.4 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	44
Gambar 5.5 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	45
Gambar 5.6 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Pengalaman Nyeri Masa Lalu di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	45
Gambar 5.7 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Pengalaman Fraktur di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	46
Gambar 5.8 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Cara Mengatasi Nyeri Fraktur di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	47
Gambar 5.9 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Klasifikasi Fraktur Femur di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	47
Gambar 5.10 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Fraktur Femur di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	48
Gambar 5.11 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Penggunaan Obat Anti Nyeri di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	48
Gambar 5.12 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Penggunaan Skin Traksi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	49
Gambar 5.13 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Nyeri Pasien Fraktur Femur Pre Operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012	50

Gambar 5.14 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Nyeri (Pengelompokan Sesuai Penggunaan Obat Anti Nyeri) Pasien Fraktur Femur Pre Operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012 50

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Tipe Stimulus Nyeri.....	15
Tabel 2.2 Mnemonik Pqrst untuk Evaluasi Nyeri.....	20
Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian.....	35
Tabel 5.1 Tabulasi Silang Penggunaan Skin Traksi dengan Tingkat Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Pre Operasi Pada Januari – Februari 2012...	51

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Ijin Permohonan Penelitian.....	66
Lampiran 2 Surat Jawaban Permohonan Penelitian.....	67
Lampiran 3 Nota Dinas Ijin Penelitian.....	68
Lampiran 4 Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	69
Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian.....	70
Lampiran 6 Instrumen Pengumpulan Data.....	71
Lampiran 7 SOP Memasang Skin Traksi.....	74
Lampiran 8 Hasil Tabulasi dan Rekapitulasi Data.....	76
Lampiran 9 Hasil Analisis Data Penelitian.....	77
Lampiran 10 Jadwal Kegiatan.....	81
Lampiran 11 Lembar Konsultasi Skripsi.....	82
Lampiran 12 Lembar Revisi Skripsi.....	84

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur femur lebih sering terjadi pada orang laki laki daripada perempuan dengan umur dibawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan atau kecelakaan. Sedangkan pada usia lanjut prevalensi cenderung lebih banyak terjadi pada wanita berhubungan dengan adanya osteoporosis yang terkait dengan perubahan hormon (Handaya, 2011). Tingginya angka kecelakaan menyebabkan angka kejadian atau insiden fraktur tinggi, salah satu jenis fraktur yang paling sering terjadi dan termasuk dalam kelompok tiga besar kasus fraktur adalah fraktur femur. Dari data yang dikumpulkan oleh Unit Pelaksana Teknis Makmal Terpadu Imunoendokrinologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) pada tahun 2006 dari 1690 kasus kecelakaan lalu lintas, ternyata yang mengalami fraktur femur 249 kasus atau 14,7 % (Isbagio, 1997 dalam Rahmasari, 2008). Berdasarkan data rekam medik di Rumah Sakit Daerah Sidoarjo (RSD Sidoarjo) pada bulan Januari – Juni 2011, fraktur menduduki urutan ketiga setelah vulnus appertum dan cedera kepala yang mencapai 807 kasus dari 4.918 kasus bedah. Sedangkan fraktur femur sendiri tergolong 5 besar dari kasus fraktur yang ada. Salah satu gejala pada penderita fraktur femur adalah nyeri yang bisa bersifat ringan, sedang sampai berat bahkan bisa menjadi tak tertahankan yang muncul seketika dan sewaktu-waktu setelah kejadian atau pada saat perawatan. Menurut Smeltzer dan Bare (2002), nyeri akut merupakan salah satu masalah yang harus diprioritaskan dalam perumusan diagnosa keperawatan

pada pasien pre operasi fraktur femur. Salah satu penyebab nyeri pada fraktur femur adalah adanya spasme otot akibat terputusnya jaringan disekitar lokasi fraktur dan salah satu cara mengurangi spasme otot tersebut yaitu dengan traksi (Mckenzie, 2003 dalam Amirin, 2011). Traksi ada dua jenis yaitu traksi kulit (*skin traction*) dan traksi tulang (*skeletal traction*). Berdasarkan data rekam medik di RSD Sidoarjo, jenis traksi yang sering digunakan dan dijadikan sebagai prosedur awal pada berbagai jenis fraktur femur sebelum dilakukan tindakan invasif lanjutan adalah jenis traksi kulit atau skin traksi. Survey awal di salah satu rawat inap kelas III yaitu Ruang Mawar Kuning RSD Sidoarjo pada 5 pasien dengan fraktur femur yang terpasang skin traksi, didapatkan 100% (5 pasien) masih merasa nyeri mulai dari yang ringan sebanyak 60 % (3 pasien) dan nyeri sedang 40 % (2 pasien) selama penggunaan skin traksi sebelum operasi. Menurut Denning F (1993) dan Halfens R et al (1990) dalam Madni AA et al (2009), manfaat skin traksi salah satunya sebagai pengurang nyeri pada pasien fraktur sebelum operasi. Traksi kulit digunakan untuk periode yang pendek dan lebih sering untuk manajemen temporer fraktur femur dan dislokasi serta untuk mengurangi spasme otot dan nyeri sebelum pembedahan (Taylor, 1987; Styracula, 1994 dan Dave, 1995 dalam Amirin, 2011). Namun, hubungan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi belum dapat dijelaskan hingga saat ini.

Berdasarkan data rekam medik di RSD Sidoarjo khususnya pada bulan Januari sampai September 2011, disebutkan bahwa jumlah pasien fraktur femur yang menjalani rawat inap rata-rata mencapai sekitar 23 pasien tiap bulannya, 12 pasien rawat inap di Ruang Mawar Kuning, 7 pasien rawat inap di Ruang Teratai

dan 4 pasien rawat inap di Ruang Tulip. Pengelompokan terhadap 23 pasien fraktur femur yang rawat inap tersebut yaitu 15 pasien (65 %) jenis fraktur femur tertutup (fraktur di kepala femur 6 pasien dan fraktur di batang femur 9 pasien) dan 8 pasien (35 %) jenis fraktur femur terbuka (fraktur di kepala femur 2 pasien dan fraktur di batang femur 6 pasien). Berdasarkan survey awal yang dilakukan peneliti pada tanggal 2 Desember 2011, prosedur awal pada pasien fraktur femur baik jenis tertutup atau terbuka semuanya sama dengan penggunaan skin traksi terlebih dahulu selama 1-2 minggu sebelum dilakukan tindakan invasif selanjutnya. Pada fraktur femur jenis terbuka sebelumnya harus dilakukan debridemen atau pencucian luka terlebih dahulu di kamar operasi, baru dilakukan pemasangan skin traksi. Survey awal pada 5 pasien fraktur femur, didapatkan 100% pasien (5 orang) masih merasa nyeri meskipun sudah terpasang skin traksi. Jika nyeri pada fraktur femur pre operasi tidak ditangani secara adekuat, maka dapat mempengaruhi sistem respirasi, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, imunologik. Dalam situasi tertentu dapat pula terjadi penurunan tekanan darah yang akan mengakibatkan timbulnya syok (Smatzler dan Bare, 2002).

Nyeri pada pasien dengan fraktur femur bermula dari proses truma atau peristiwa tekanan yang menyebabkan patah tulang. Akibat dari hal tersebut adalah terjadi kerusakan di korteks, pembuluh darah, sumsum tulang dan jaringan lunak sekitar. Keadaan ini menimbulkan perdarahan dan hematoma sebagai respon inflamasi akibat sirkulasi jaringan nekrotik dengan ditandai vasodilatasi dari plasma dan leukosit. Hematom yang terbentuk bisa menyebabkan peningkatan tekanan dalam sumsum tulang dan dilatasi kapiler di otot, sehingga menstimulasi histamin pada otot yang iskemik dan menyebabkan protein plasma hilang dan

masuk ke interstitial. Hal ini menyebabkan terjadinya edema yang akan menekan ujung syaraf dan mengakibatkan nyeri akut, bila berlangsung lama bisa menyebabkan *syndroma compartement* (Handaya, 2011). Mekanisme nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi juga diakibatkan deformitas pada patah tulang dan fragmen tulang yang menekan syaraf. Pembatasan gerak atau mengistirahatkan tulang dengan imobilisasi dan pemberian posisi yang nyaman dapat mengurangi nyeri pada pasien dengan fraktur femur. Salah satu teknik yang dapat digunakan dalam membantu pergerakan dan latihan adalah traksi (Dave, 1995 dan Redemann, 2002 dalam Amirin, 2011).

Traksi kulit atau skin traksi merupakan pengobatan konservatif dengan menarik bagian tulang yang fraktur dengan menempelkan plester langsung pada kulit. Traksi kulit paling sering digunakan pada tungkai bawah untuk fraktur femur, nyeri belakang, fraktur acetabulum dan pinggang. Menurut penelitian Anderson et al (1993), penggunaan skin traksi pada pasien pre operasi fraktur femur proximal mampu menurunkan tingkat nyeri setelah 24 jam penggunaan. Traksi kulit tidak menangani fraktur, tetapi mengurangi nyeri dan menjaga panjangnya fraktur dengan prinsip tarikan atau dorongan dan tahanan traksi yang dibutuhkan untuk imobilisasi fraktur sebelum pembedahan dan mengurangi spasme otot (Amirin, 2011). Tarikan atau dorongan traksi digunakan untuk mempromosikan istirahat/imobilisasi, dimana membuat kelurusan tulang, dan mengurangi pergerakan dari fragmen tulang. Hal ini menolong untuk mengistirahatkan inflamasi yang ada dan mengurangi nyeri. Untuk mengoptimalkan kenyamanan pasien, maka perlu adanya keseimbangan antara tahanan traksi dengan tahanan kontertraksi. Tahanan traksi digunakan segaris

dengan panjang aksis kaki melalui tali dan melewati katrol yang dihubungkan dengan pemberat yang bertindak untuk merubah arah dorongan untuk bekerja dengan gravitasi (Taylor, 1987, Styracula, 1994, dan Osmond, 1999 dalam Amirin, 2011). Sedangkan tahanan kontertraksi atau dorongan pada arah yang berlawanan dicapai dengan mengelevasikan kaki dari tempat tidur pada ketinggian tertentu untuk mencegah pasien terjatuh dari tempat tidur akibat tahanan traksi dan diperlukan untuk keefektifan traksi.

Berdasarkan fenomena diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo, dengan harapan hasil penelitian ini dapat dipakai sebagai salah satu dasar pertimbangan dalam pelaksanaan tindakan mandiri perawat terutama tentang manajemen nyeri.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan hubungan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi penggunaan skin traksi pada pasien fraktur femur pre operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo
2. Mengidentifikasi tingkat nyeri klien selama penggunaan skin traksi pada pasien fraktur femur pre operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo.

3. Menganalisis hubungan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Mendapatkan informasi/ pengetahuan berdasarkan kebenaran ilmiah tentang penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi sebagai salah satu bentuk manajemen nyeri.

1.4.2 Praktis

1. Sebagai dasar pertimbangan melakukan intervensi keperawatan dalam manajemen nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi.
2. Sebagai dasar dalam menetapkan protap penatalaksanaan nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi.
3. Sebagai wacana untuk pengembangan penelitian lebih lanjut dibidang keperawatan khususnya penggunaan skin traksi terhadap tingkat nyeri.

BAB 2

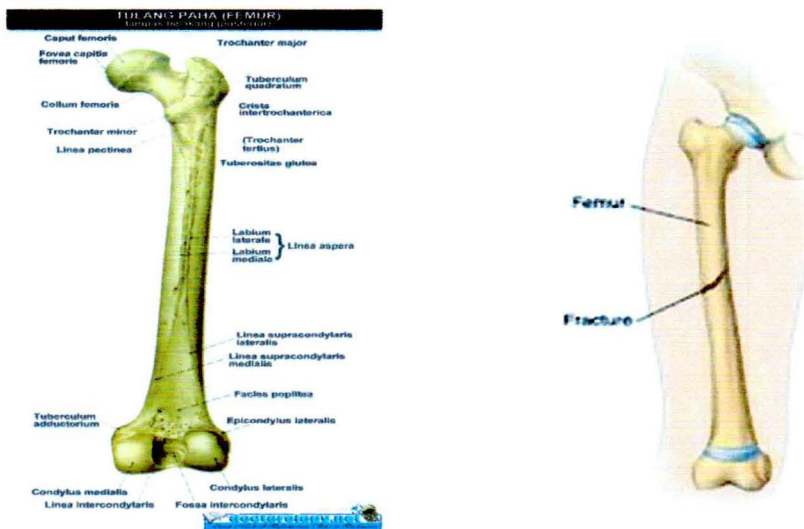
TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai konsep dasar fraktur femur, dan konsep dasar skin traksi.

2.1 Konsep Fraktur Femur

2.1.1 Definisi Fraktur Femur

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur femur atau patah tulang paha adalah rusaknya kontinuitas tulang pangkal paha yang dapat disebabkan oleh trauma langsung, kelelahan otot dan kondisi tertentu seperti degenerasi tulang atau osteoporosis. (Muttaqin, 2008).



Gambar 2.1 tulang femur dan fraktur femur

2.1.2 Etiologi Fraktur Femur

Sebagian besar penyebab fraktur adalah trauma dan kondisi patologis. Trauma dibagi menjadi dua, yaitu :

1. Trauma langsung, yaitu benturan pada tulang. Biasanya penderita terjatuh dengan posisi miring dimana daerah trochanter mayor langsung terbentur dengan benda keras (jalanan).
2. Trauma tak langsung, yaitu titik tumpuan benturan dan fraktur berjauhan, misalnya jatuh terpeleset di kamar mandi pada orangtua.

Sedangkan kondisi patologis, fraktur bisa diakibatkan oleh trauma minimal atau tanpa trauma yang disebabkan oleh suatu proses, yaitu :

1. Osteoporosis Imperfekta
2. Osteoporosis
3. Penyakit metabolik

2.1.3 Epidemiologi Fraktur Femur

Kebanyakan fraktur femur terjadi pada pria muda yang mengalami kecelakaan kendaraan bermotor atau jatuh dari ketinggian. Sedangkan fraktur leher femur merupakan jenis fraktur yang sering ditemukan pada orang tua terutama wanita usia 60 tahun keatas disertai tulang yang osteoporosis. Fraktur leher femur pada anak-anak jarang ditemukan, fraktur ini lebih sering terjadi pada anak laki-laki dari pada anak perempuan dengan perbandingan 3:2, insiden tersering usia 11-12 tahun (Muttaqin, 2008).

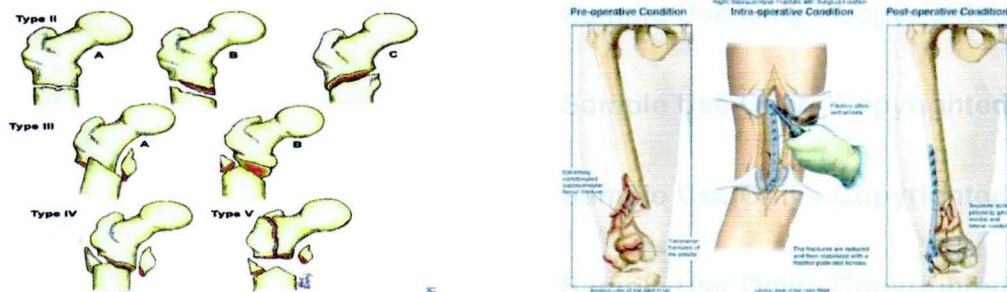
2.1.4 Manifestasi Klinis Fraktur Femur

Menurut *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS) (2008) dalam Muttaqin (2008), menyatakan bahwa manifestasi klinis fraktur femur adalah nyeri, ketidakmampuan untuk menggerakkan kaki, deformitas, kripitasi dan bengkak.

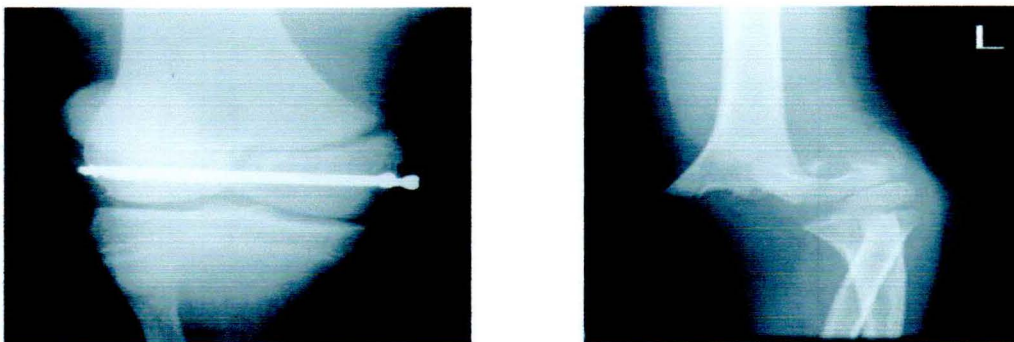
2.1.5 Klasifikasi Fraktur Femur

Menurut Mansjoer (2005), intinya ada 2 type dari fraktur femur, yaitu :

1. Fraktur Intrakapsuler; femur yang terjadi di dalam tulang sendi, panggul dan kapsula.
 - a. Melalui kepala femur (capital fraktur) misalnya fraktur kolum femur
 - b. Hanya di bawah kepala femur
 - c. Melalui leher dari femur
2. Fraktur Ekstrakapsuler
 - a. Terjadi di luar sendi dan kapsul, melalui trokhanter femur yang lebih besar/yang lebih kecil /pada daerah intertrokhanter misalnya fraktur subtrokhanter, fraktur batang femur, fraktur suprakondiler .
 - b. Terjadi di bagian distal menuju leher femur tetapi tidak lebih dari 2 inci di bawah trokhanter kecil misalnya . fraktur interkondiler, fraktur kondiler.



Gambar 2.2 fraktur subtrokhanter dan fraktur suprakondiler



Gambar 2.3 fraktur interkondiler dan fraktur kondiler

Adapun klasifikasi fraktur femur yang didasarkan pada adanya luka yang berhubungan dengan daerah yang patah yaitu:

1. Fraktur femur tertutup
2. Fraktur femur terbuka

Ketentuan terbuka bila terdapat hubungan antara tulang patah dengan dunia luar. Fraktur terbuka ini dibagi menjadi tiga derajat, yaitu:

- a) Derajat I: Bila terdapat hubungan dengan dunia luar timbul luka kecil, biasanya diakibatkan tusukan fragment tulang dan dalam menembus keluar.
- b) Derajat II: Lukanya lebih besar (> 1 cm) luka ini disebabkan karena benturan benda dari luar.
- c) Derajat III: Lukanya lebih luas dari derajat II, lebih kotor, jaringan lunak banyak yang ikut rusak (otot, saraf, pembuluh darah).

Pada umumnya bentuk penanganan fraktur terbuka sama dengan fraktur tertutup dan yang membedakan adalah dilakukannya tindakan debridement terlebih dahulu sebelum dilakukan tindakan yang sama seperti pada penanganan fraktur tertutup.

2.1.6 Diagnosis Fraktur Femur

Secara umum diagnosis fraktur femur sebagai berikut:

1. X-Ray
2. Bone scans, Tomogram, atau MRI Scans
3. Arteriogram : dilakukan bila ada kerusakan vaskuler.
4. CCT kalau banyak kerusakan otot.

2.1.7 Penatalaksanaan Fraktur Femur

Prinsip penatalaksanaan fraktur secara umum terdapat 4R antara lain *recognition, reduction, retention, dan rehabilitation*. Pada fraktur femur terdapat penanganan awal yaitu pemasangan skin traksi. Tujuan skin traksi untuk mengurangi rasa sakit dan mencegah kerusakan yang lebih lanjut jaringan lunak di sekitar daerah yang patah. Setelah dilakukan traksi kulit dapat dipilih pengobatan non operatif atau operatif.

1. Non operatif

Penanganan non operatif dilakukan dengan cara pemakaian skeletal traksi dan gips hemispica. Kalau terjadi fraktur undisplaced dapat dilakukan penanggulangan non operatif yaitu dengan melakukan skeletal traksi.

2. Operatif

Teknik operasi tergantung tipe frakturnya stabil atau tidak stabil. Kalau terjadi displaced dilakukan open reduksi dengan pemasangan internal fiksasi atau ORIF (*open reduksi internal fiksasi*).

2.1.8 Komplikasi Fraktur Femur

Secara umum komplikasi fraktur femur adalah:

1. Perdarahan, dapat menimbulkan kolaps kardiovaskuler.
2. Infeksi, terutama jika luka terkontaminasi dan debridemen tidak memadai.
3. *Non-union*, lazim terjadi pada fraktur pertengahan batang femur, trauma kecepatan tinggi dan fraktur dengan interposisi jaringan lunak di antara fragmen. Fraktur yang tidak menyatu memerlukan *bone grafting* dan fiksasi interna.

4. *Malunion*, disebabkan oleh abduktor dan aduktor yang bekerja tanpa aksi antagonis pada fragmen atas untuk abduktor dan fragmen distal untuk aduktor.

Deformitas varus diakibatkan oleh kombinasi gaya ini.

5. Trauma arteri dan saraf jarang, tetapi mungkin terjadi

2.1.9 Nyeri pada Fraktur Femur

2.1.9.1 Pengertian Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual maupun potensial (Smeltzer dan Bare, 2002). Sedangkan nyeri pada fraktur femur merupakan salah satu jenis nyeri akut yang disebabkan karena rusaknya jaringan tulang dan sekitarnya akibat trauma atau tekanan yang berlebihan pada tulang femur atau paha.

2.1.9.2 Teori Nyeri

Ada empat macam teori nyeri yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Teori pemisahan (*specificity theory*).

Menurut teori ini rangsangan sakit masuk ke medula spinalis (*spina cord*) melalui *karnu dorsalis* yang bersinaps di daerah posterior. Kemudian naik ke *tractus lissur* dan menyilang di garis median ke sisi lainnya dan berakhir di *korteks sensoris* tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2. Teori pola (*Pattern Theory*)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar *gangliondorsal medulla spinalis* dan merangsang aktifitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon rangsangan yang lebih tinggi yaitu *korteks serebri* dan menimbulkan persepsi. Persepsi menentukan berat ringannya nyeri yang dirasakan dan dipengaruhi oleh modalitas respons dari reaksi sel T.

3. Teori pengendalian gerbang (*gate control theory*)

Teori ini dikemukakan oleh Melzak dan Wall. Teori ini lebih komprehensif dalam menjelaskan transmisi dan persepsi nyeri. Rangsangan atau impuls nyeri yang disampaikan oleh syaraf *perifer aferen* ke *korda spinalis* dapat dimodifikasi sebelum transmisi ke otak oleh *sinaps* dalam *dorsal medulla spinalis*. Sinaps beraktivitas seperti pintu untuk mengijinkan impuls masuk ke otak. Kerja kontrol gerbang ini menguntungkan dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam rangsangan *akar ganglion dorsalis*. Rangsangan pada serat akan meningkatkan aktivitas *substansia gelatinosa* yang mengakibatkan tertutupnya pintu sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rasa nyeri terhambat juga. Rangsangan serat besar ini dapat langsung merangsang ke *korteks serebri* dan hasil persepinya akan dikembalikan ke dalam *medulla spinalis* melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktivitas *substansi gelatinosa* dan membuka pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T meningkat yang akan menghantarkan ke otak.

4. Teori *Endorphin*

Teori ini merupakan teori terbaru dalam bidang nyeri yang dikemukakan oleh Pommeranz, yaitu stimulus tertentu pada seorang akan dapat meningkatkan nilai ambang nyeri di otak dan memberikan perasaan senang, demikian juga sebaliknya. *Endorphin* adalah bagian dari molekul *pro-opiomelanokrotin* (*POMC*) yang diekskresikan oleh sel-sel kortikotropin dari *pituitary anterior*. Peninjauan dari sudut kimia sel, mengungkapkan bahwa baik karena iskemia maupun karena kerusakan jaringan atau karena proses inflamasi terasanya

nyeri dihubungkan dengan produksi zat-zat kimia. Adapun zat-zat tersebut ialah *histamin* atau zat-zat yang menyerupainya seperti *ketokolamin*, serta *serotonin* bersama-sama dengan *polipeptida* seperti *kinin* dan *prostaglandin*. (Muttaqin, 2008).

5. Teori tranmisi dan inhibisi.

Adanya stimulus pada *nociceptor* memulai tranmisi impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lamban dan endogen opiate sistem *supresif*.

2.1.9.3 Fisiologi Nyeri

a) Reseptor

Reseptor nyeri disebut nosiseptor. Jika ambang nyeri terlampaui dan terjadi kerusakan jaringan, zat – zat kimia yang dapat merangsang nosiseptor dikeluarkan. Zat – zat kimia seperti *bradikinin*, *serotonin*, *histamine*, *ion kalium*, *asam*, *asetilkolin*, dan *enzim proteolitik* yang terakumulasi di tempat cedera meningkatkan permeabilitas kapiler dan memicu reaksi peradangan (merah, bengkak dan nyeri). Selain itu, *prostaglandin* dan sustansi P dapat meningkatkan sensitivitas ujung – ujung serabut nyeri tetapi tidak secara langsung merangsangnya. Nosiseptor mencakup ujung – ujung saraf bebas sebagai penerima rangsang nyeri yang dapat di stimulasi oleh rangsangan mekanis, termal, dan kimia.

Nosiseptor tersebar pada permukaan supervisial kulit dan jaringan dalam tertentu, misalnya periosteum, dinding uteri, permukaan sendi, falks serta tentorium tempurung kepala. Sebagian besar jaringan dalam lainnya tidak begitu banyak dipersarafi oleh ujung saraf rasa nyeri (Guyton dan Hall, 1997).

Tabel 2.1 Tipe Stimulus Nyeri

Stimulus Nyeri		Fisiologi
Mekanis:		
1. Trauma (Pembedahan)	jaringan	Kerusakan jaringan, iritasi reseptor nyeri, peradangan
2. Perubahan (Edema)	jaringan	Penekanan pada reseptor nyeri
3. Sumbatan pada saluran tubuh		Distensi lumen saluran tubuh
4. Tumor		Penekanan pada reseptor nyeri, iritasi ujung saraf
5. Spasme otot		Stimulasi reseptor nyeri
Termal		
Panas atau ekstrem	dingin yang	Kerusakan jaringan, Stimulasi nosiseptor termosensitif
Kimia		
1. Iskemia (Sumbatan pada arteri koroner)	jaringan	Stimulasi reseptor nyeri karena akumulasi asam laktat dan sustansi kimia seperti bradikinin dan enzim di jaringan
2. Spasme otot		Sekunder terhadap stimulasi nyeri mekanis

Sumber : Kozier (1997)

b) Mekanisme penghantaran impuls nyeri

Meskipun semua reseptor merupakan ujung serabut saraf bebas, dalam menghantarkan impuls nyeri ke sistem saraf pusat ujung – ujung serabut ini menggunakan dua jaras yang terpisah. Jaras pertama (serabut saraf tipe A- δ) menghantarkan impuls nyeri cepat (tajam) ke *spinal cord*, sementara jaras kedua (serabut saraf tipe C) menghantarkan impuls nyeri lambat (kronis) ke *spinal cord* (Guyton dan Hall, 1997).

Serabut saraf tipe A- δ terutama dilalui oleh impuls nyeri mekanis dan nyeri suhu akut. Serabut ini berakhir pada *lamina 1 (lamina marginalis)* pada *kornu dorsalis*, dan merangsang neuron penghantar kedua dari *traktus neospinotalamikus*. Neuron ini akan menghantarkan impuls ke serabut panjang yang terletak di dekat sisi lain *medulla spinalis* dalam *komisura anterior* dan selanjutnya naik ke otak dalam *kolumna anterolateralis*. Beberapa serabut traktus

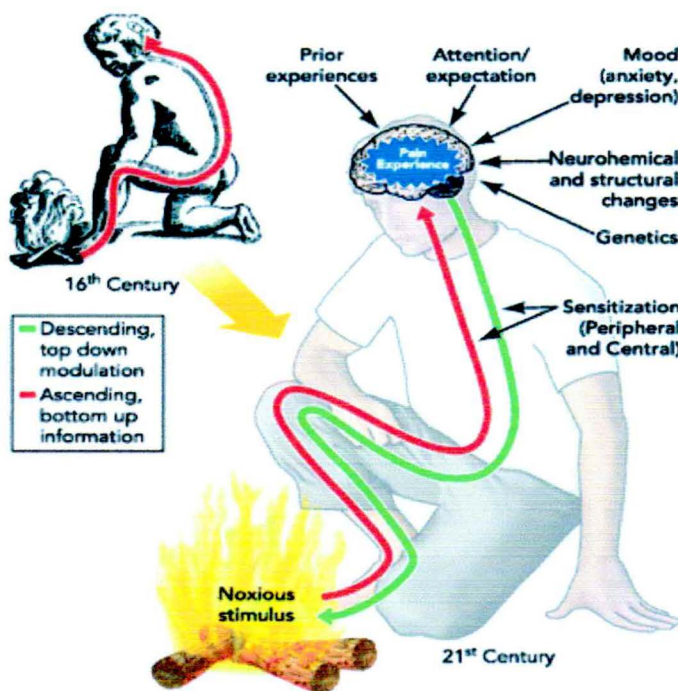
neospinotalamikus berakhir di daerah *retikularis* batang otak, tetapi sebagian besar melewati semua jalur *thalamus* dan berakhir di kelompok *nuclear posterior*. Dari sini, impuls nyeri dijalarkan ke daerah lain pada basal otak dan *korteks somato-sensoris* (Guyton dan Hall, 1997).

Serabut saraf tipe C yang lambat menghantarkan impuls nyeri mekanis, termal, dan kimia. Serabut ini berakhir hampir seluruhnya di *lamina II* dan *lamina III kornu dorsalis (posterior) medulla spinalis*, yang disebut *substansia gelatinosa*. Sebagian besar impuls kemudian melewati satu atau lebih *neuron – neuron* serabut pendek tambahan di dalam kornu dorsalisnya sebelum menuju otak melalui *traktus paleospinotalamikus*. Kebanyakan neuron kedua dari serabut tipe C berakhir di satu dari tiga daerah berikut: (1) *nucleus retikularis medulla, pons dan mesensefalon*, (2) area tektal dari *mesensefalon* dalam sampai *kolikuli superior dan inferior*, atau (3) daerah *substansia abu – abu periakueduktal*, yang mengelilingi *aqueduktus sylvius*. Hanya sepersepuluh sampai seperempat serabut yang melewati jalur *thalamus*. Neuron tambahan mengkomunikasikan impuls nyeri dari batang otak ke *thalamus, hypothalamus* dan area lain di otak (Guyton dan Hall, 1997).

c) Persepsi nyeri

Agar dapat dipersepsikan, impuls nyeri harus memasuki *formasio retikularis, thalamus* dan pusat – pusat yang lebih rendah lainnya. Dari *thalamus*, impuls nyeri ditransmisikan ke berbagai area di otak, termasuk *korteks sensoris* dan *korteks asosiasi* (keduanya di *lobus parietalis*), *lobus frontalis* dan *system limbic*. Sistem *limbic* fungsinya dalam pengalaman, ekspresi perasaan dan alam emosi, terutama reaksi takut dan marah. Sistem *limbic* diyakini turut berperan

dalam ingatan. Setelah penghantaran nyeri sampai di pusat otak yang lebih tinggi, seseorang mulai mempersepsikan adanya nyeri (Price dan Lorraine, 2006). Namun, ini tidak berarti *korteks serebri* tidak berperan dalam mengartikan rasa nyeri secara normal. Terdapat anggapan bahwa *korteks serebri* berperan penting dalam menginterpretasikan kualitas dan lokasi nyeri, meskipun persepsi nyeri secara prinsip merupakan fungsi dari pusat – pusat yang lebih rendah (Ariani, 2009).



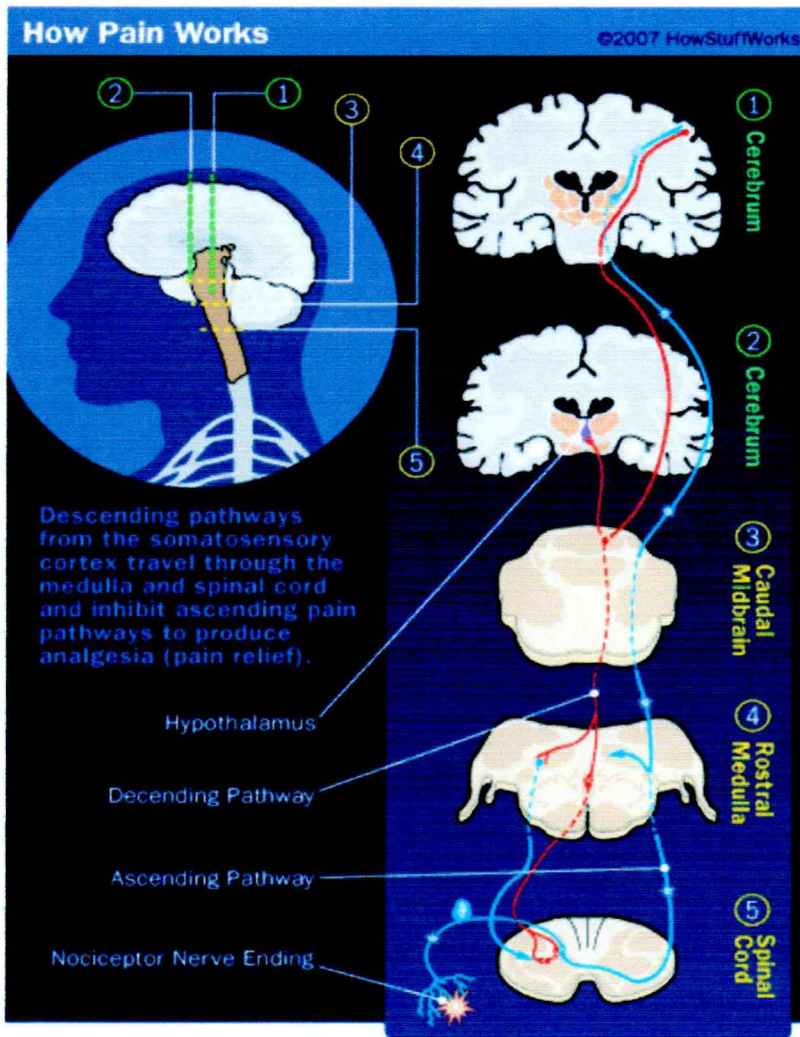
(Union Physial, 2008)

Gambar 2.4 Physiology Of Pain Perception

d) Respon

Respon tubuh terhadap nyeri merupakan proses yang sangat kompleks, yang melibatkan berbagai aspek. Bersamaan dengan penghantaran impuls nyeri dari *spinal cord* ke batang otak dan *thalamus*, sistem saraf otonom terstimulasi sebagai bagian dari respon stress. Awalnya, sistem saraf simpatis yang berespon, berupa respon *fight to flight*. Jika nyeri terus berlanjut dan melibatkan organ visera,

system saraf parasimpatis mulai bereaksi dan membalikkan semua respon fisiologis awal. Seorang berespon terhadap nyeri dengan melakukan intervensi fisik untuk mengurangi intensitas nyeri, seperti mengkonsumsi analgesic, melakukan terapi pijat atau exercise (Ariani, 2009).



(Freudenrich.C, 2007)

Gambar 2.5 Pain Pathway

2.1.9.4 Mekanisme Nyeri pada Fraktur Femur

Nyeri pada fraktur femur disebabkan oleh banyak hal. Namun penyebab yang paling sering adalah trauma atau tekanan kuat yang menyebabkan patah tulang dan rusaknya komponen jaringan. Rusaknya jaringan ini menyebabkan

keadaan iskemik jaringan yang merupakan awal penyebab terjadinya nyeri. Iskemik jaringan akan menyebabkan aliran darah ke jaringan terganggu sehingga respon tubuh yang dihasilkan berupa penumpukan asam laktat yang berlebihan sebagai hasil dari metabolisme anaerob. Hal ini juga dipengaruhi oleh pelepasan bahan-bahan kimia seperti bradikinin dan enzim proteolitik yang terbentuk dalam jaringan akibat kerusakan sel. Kedua respon tubuh ini akan merangsang ujung serabut syaraf nyeri (Guyton dan Hall, 1997).

Trauma juga menyebabkan pembengkakan dan spasme otot yang secara tak langsung merangsang reseptor nyeri yang bersifat mekanosensitif. Pembengkakan dan spasme otot akan menekan pembuluh darah dan menyebabkan iskemik yang dapat menimbulkan respon berupa peningkatan kecepatan metabolisme otot. Kondisi ini relatif memperberat keadaan iskemik dan pemicu pelepasan bahan kimia sebagai reseptor nyeri. Jika keadaan ini berlangsung lama bisa menyebabkan *syndroma compartement* yang dapat mengurangi fungsi muskuloskeletal (Handaya, 2011).

Mekanisme nyeri pada pasien pre operasi fraktur femur juga diakibatkan deformitas atau perubahan posisi patah tulang dan pergeseran fragmen tulang yang dapat menekan syaraf (Dave, 1995 dan Redemann, 2002 dalam Amirin, 2011). Jika satu tulang sudah patah, maka jaringan lunak sekitarnya juga ikut rusak, periosteum terpisah dari tulang, dan terjadi perdarahan yang cukup berat. Pada keadaan ini dapat menyebabkan iskemia jaringan dan proses pembentukan jaringan granulasi mulai terbentuk, sehingga salah satu langkah pada penanganan patah tulang yang harus segera dilakukan adalah reduksi dengan memanipulasi fragmen tulang sedapat mungkin untuk kembali seperti letak asalnya agar proses

penyembuhan dapat maksimal dan nyeri dapat dikurangi. Tindakan reduksi harus dilakukan dengan hati-hati dan harus diikuti dengan retensi untuk mempertahankan posisi tulang secara maksimal dan mencegah cedera yang berlebihan akibat pergeseran fragmen tulang.

2.1.9.5 Penilaian dan Pengukuran Nyeri

a) Penilaian Nyeri

Penanganan nyeri yang efektif tergantung pada pemeriksaan dan penilaian nyeri yang seksama baik berdasarkan informasi subyektif maupun obyektif. Penggunaan mnemonik PQRST juga akan membantu petugas mengumpulkan informasi vital yang berkaitan dengan proses nyeri pasien (Tabel 2.2).

Tabel 2.2 Mnemonik PQRST untuk Evaluasi Nyeri

Kaji	Keterangan
P	Paliatif atau penyebab nyeri
Q	Quality/kualitas nyeri
R	Regio (daerah) lokasi atau penyebaran nyeri
S	Subyektif deskripsi oleh pasien mengenai tingkat nyerinya
T	Temporal atau periode/waktu yang berkaitan dengan nyeri

(Rospon, 2009)

b) Pengukuran Nyeri dengan Skala Analog Visual (VAS)

Menurut Perry dan Potter (2006), nyeri tidak dapat diukur secara objektif misalnya dengan *X-Ray* atau tes darah. Namun tipe nyeri yang muncul dapat diramalkan berdasarkan tanda dan gejalanya. Gambaran skala nyeri merupakan makna yang lebih objektif yang dapat diukur. Gambaran skala nyeri tidak hanya berguna dalam mengkaji beratnya nyeri, tetapi juga dapat mengevaluasi perubahan kondisi klien. Pada penelitian ini tingkat nyeri pasien akan diukur dengan menggunakan skala analog visual (VAS).

VAS merupakan alat ukur yang simpel untuk merekam prakiraan subyektif intensitas nyeri, VAS merupakan alat ukur yang sederhana untuk mengukur /

mengetahui perkiraan derajat/ intensitas nyeri secara subjektif. Alat ukur ini awalnya digunakan dalam pemeriksaan psikologi sejak abad ke 20. Sekitar tahun 70an Huskisson mempopulerkan alat ukur ini dalam aplikasi klinis. VAS berupa sebuah garis lurus sepanjang 10 cm. Garis ini mempresentasikan gambaran intensitas nyeri yang harus ditunjukkan oleh pasien. Pada kedua ujung garis tersebut, Huskisson menggunakan kalimat *No Pain* (tidak nyeri) dan *Pain As Bad As It Could Be* (nyeri hebat yang tidak tertahankan) (Basuki, 2008; Wibowo, 2008 dalam Abidin, 2011).



Gambar 2.6 Skala Pengukuran VAS

Nilai VAS $0 < 4$ = nyeri ringan, $4 < 7$ = nyeri sedang, $7 - 10$ = nyeri berat. VAS memberikan kebebasan penuh pada klien untuk mengidentifikasi tingkat keparahan nyeri yang dirasakan. VAS juga merupakan alat ukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian garis daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (McGuire, 1984 dalam Prasetyo, 2010). Berbagai penelitian diantaranya ; (1) Huskisson melaporkan bahwa VAS mempunyai korelasi yang baik (0,75) dengan four point descriptive scale, (2) Price et al (2006) dalam penelitiannya menemukan bahwa VAS lebih baik untuk menilai fascial pain dari pada penilaian numeric, (3) Elton et al (1979) VAS mempunyai korelasi antara 0,6 – 0,63 dengan Melzack's McGill Pain Questionnaire, (4) Breivik, Bjornsson, and Skovlund (2000) menyatakan, secara sistematis VAS lebih kuat dibandingkan dengan VRS-4 (four category verbal

2.2.2.1 Tujuan Pemasangan Traksi

Tujuan pemasangan traksi secara umum, yaitu:

1. Meminimalkan spasme otot
2. Mereduksi dan mensejajarkan
3. Mengimobilisasi fraktur
4. Mengurangi deformitas

2.2.2.2 Prinsip Pemasangan Traksi

Prinsip pemasangan traksi secara umum, yaitu:

1. Kontra traksi
2. Beban tergantung bebas
3. Tidak ada simpul pada tali
4. Posisi abduksi
5. Hindari pemasangan traksi pada kulit yang lecet, laserasi, borok, luka bedah atau kulit yang kehilangan sensasi/ penyakit vaskuler perifer

2.2.3 Indikasi Traksi Kulit

Indikasi dilakukannya traksi kulit, yaitu:

1. Terapi pilihan pada fraktur femur dan beberapa fraktur supracondiler pada anak anak
2. Pada reduksi tertutup misal dislokasi HIP
3. Merupakan pengobatan sementara pada pada fraktur sambil menunggu terapi definitif.
4. Fraktur-fraktur yang sangat bengkak dan tidak stabil misal fraktur supracondiler humerus pada anak anak.

5. Untuk traksi pada spasme otot atau pada kontraktur sendi , misal sendi lutut dan panggul.
6. Untuk traksi pada kelainan tulang belakang (HNP), atau spasme otot pada tulang belakang.

2.2.4 Teknik Pemasangan Traksi Kulit

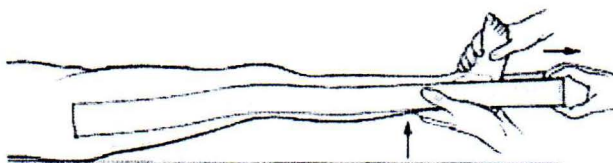
Teknik pemasangan traksi kulit, yaitu:

1. Bersihkan tungkai dengan sabun dan air lalu keringkan. Siapkan satu set traksi komersial, yang terdiri dari plester perekat, tali traksi, pita penggulung dan perlindungan busa untuk sudut kaki atau malleoli.
2. Ukur panjang plester perekat sesuai kebutuhan mulai dari ujung kaki hingga lokasi patah tulang dan tanyakan pasien tentang alergi plester perekat sebelum memasang traksi.
3. Tempatkan penyebar kayu persegi sekitar 7,5 cm (dengan lubang pusat) di tengah perekat strapping (Gambar 2.7).



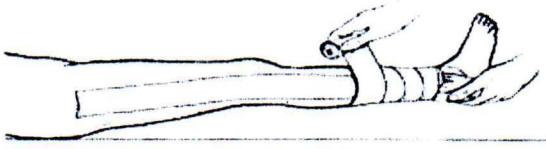
Gambar 2.7

4. Angkat kaki dengan pelan dari tempat tidur sambil menerapkan traksi secara longitudinal. Terapkan tegap ke sisi medial dan lateral tungkai, memungkinkan pergeseran posisi 15 cm di bawah telapak kaki (Gambar 2.8).



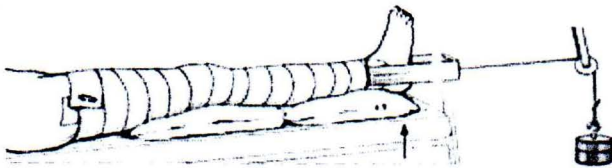
Gambar 2.8

5. Jika sudah sesuai dan pas, maka gulung plester perekat dengan pita penggulung. Pada daerah yang menonjol seperti lipatan lutut diberi bantalan kassa atau kapas-wol (Gambar 2.9).



Gambar 2.9

6. Tinggikan ujung tempat tidur, dan tarik tali traksi melalui katrol dengan berat beban yang diperlukan yaitu tidak melebihi 5 kg (Gambar 2.10).



Gambar 2.10

2.2.5 Komplikasi Traksi Kulit

Komplikasi traksi kulit, yaitu:

1. Penyakit trombo emboli atau kompartemen sindrom
2. Aberasi,
3. Infeksi.
4. Reaksi alergi

2.2.6 Skin Traksi terhadap Nyeri

Traksi merupakan metode lain yang baik untuk mempertahankan reduksi ekstremitas yang mengalami fraktur (Price dan Wilson, 2006). Secara umum traksi dilakukan dengan menempatkan beban dengan tali pada ekstremitas pasien. Tempat tarikan disesuaikan sedemikian rupa sehingga arah tarikan segaris dengan sumbu panjang tulang yang patah. Traksi ini akan membuat ekstremitas yang

patah terangkat lebih tinggi, sehingga dapat mengurangi pembengkakan dan meningkatkan penyembuhan jaringan lunak. Proses inilah yang dijadikan acuan dalam penanganan nyeri pada fraktur femur yang terpasang traksi (Denning F, 1993 dan Halfens R et al 1990 dalam Madni AA et al 2009). Menurut penelitian Anderson et al (1993), Yip DHK et al (2002), dan Parker MJ et al (2006), pemakaian skin traksi mampu menurunkan nyeri pasien setelah 24-48 jam pertama penggunaan.

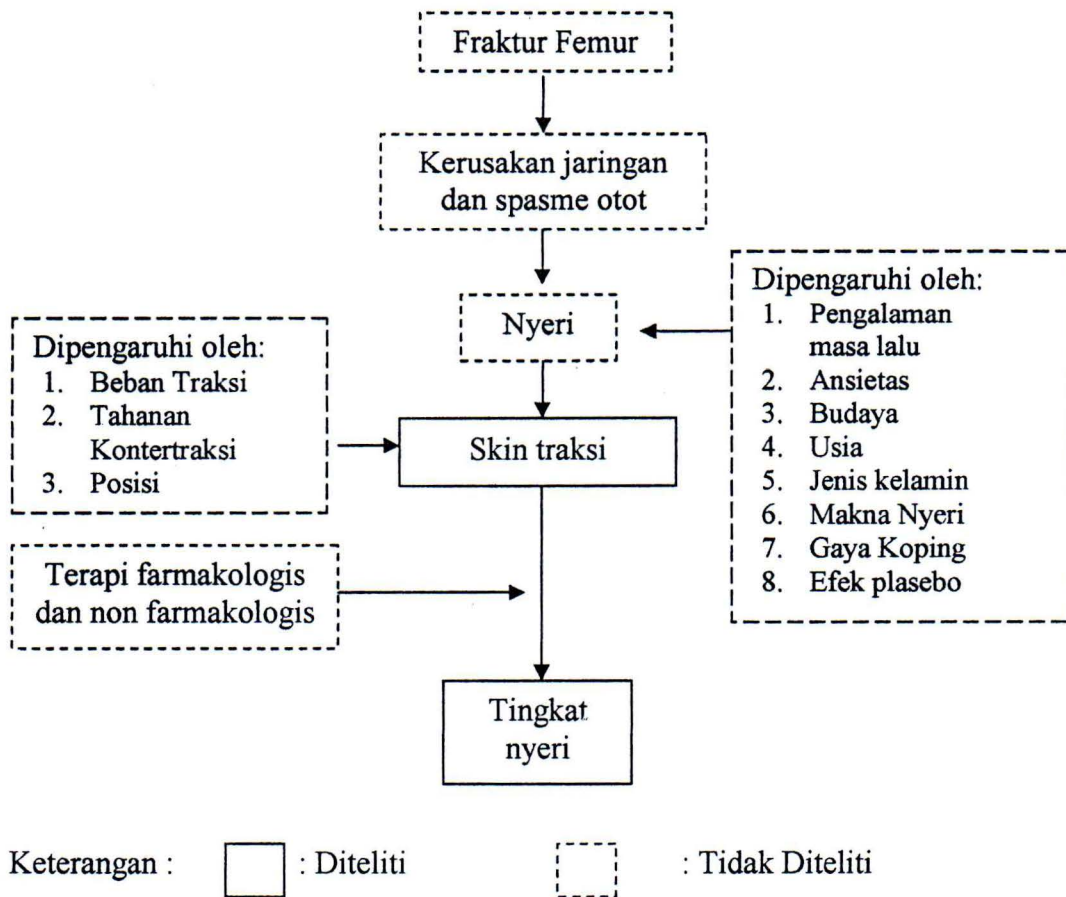
Traksi kulit tidak menangani fraktur, tetapi mengurangi nyeri dan menjaga panjangnya fraktur dengan prinsip tarikan atau dorongan dan tahanan traksi yang dibutuhkan untuk imobilisasi fraktur sebelum pembedahan dan mengurangi spasme otot. Tarikan atau dorongan traksi digunakan untuk mempromosikan istirahat/imobilisasi, dimana membuat kelurusan tulang, dan mengurangi pergerakan dari fragmen tulang (Taylor, 1987; Dave, 1995 dan Redemann, 2002 dalam Amirin, 2011). Untuk mengoptimalkan kenyamanan pasien, maka perlu adanya keseimbangan antara tahanan traksi dengan tahanan kontertraksi.

Tahanan traksi digunakan segaris dengan panjang aksis kaki melalui tali dan melewati katrol yang dihubungkan dengan pemberat yang bertindak untuk merubah arah dorongan untuk bekerja dengan gravitasi (Taylor, 1987, Styrcula, 1994, dan Osmond, 1999 dalam Amirin, 2011). Sedangkan tahanan kontertraksi atau dorongan pada arah yang berlawanan dicapai dengan mengelevasikan kaki dari tempat tidur pada ketinggian tertentu untuk mencegah pasien terjatuh dari tempat tidur akibat tahanan traksi dan diperlukan untuk keefektifan traksi.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo (*gate control theory* oleh Melzak dan Wall).

Penjelasan Kerangka Konsep:

Dari gambar di atas dapat di jelaskan bahwa fraktur femur dapat menyebabkan kerusakan jaringan dan spasme otot sehingga menimbulkan nyeri. Nyeri pada fraktur femur merupakan nyeri akut yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengalaman masa lalu, ansietas, budaya, usia, jenis kelamin,

makna nyeri, gaya koping, dan efek placebo. Selain itu untuk menangani fraktur femur itu sendiri dapat dilakukan penatalaksanaan yaitu non operatif dengan pemasangan traksi dan gips dan tindakan operatif dengan ORIF (*open reduksi internal fiksasi*) dan OREF (*open reduksi eksternal fiksasi*). Pemasangan traksi ada dua cara yaitu traksi kulit (*skin traction*) dan traksi tulang (*skeletal traction*). Skin traksi dilakukan dengan pemasangan plester panjang pada kulit mulai dari mata kaki hingga pada daerah tulang yang patah dengan diberi beban yang tidak boleh lebih dari 4-5 kg. Jika melebihi beban tersebut, maka akan terjadi resiko pada kulit seperti infeksi atau penyakit lainnya. Hal ini dapat dicegah dengan mengganti traksi dengan jenis skeletal traksi yang mempunyai kekuatan lebih besar dan aman pada kulit. Disamping itu pemasangan skin traksi juga tergantung pada posisi kaki pasien, katrol dan tali penghubung serta tahanan kontertraksi yang berguna sebagai penyeimbang berat dan tarikan. Semua cara penatalaksanaan tersebut prinsip kerjanya yaitu imobilisasi daerah fraktur agar tidak terjadi pergeseran fragmen tulang sehingga proses penyembuhan dapat terjadi dengan cepat. Selain melalui poses imobilisasi, mekanisme kerja skin traksi juga melalui proses gaya tarikan beban terhadap kulit dan tahanan traksi yang berguna untuk mereduksi tulang dan mengurangi spasme otot.

Penggunaan skin traksi diharapkan dapat mengurangi mobilisasi sehingga tingkat nyeri pasien dapat teratasi. Respon tingkat nyeri pasien berbeda-beda karena dipengaruhi oleh toleransin dan adaptasi pasien. Disamping itu juga, tingkat nyeri dapat dipengaruhi oleh manajemen terapi farmakologis dengan menggunakan obat analgesik dan terapi non farmakologis melalui tindakan mandiri perawat dan pasien. Dari uraian diatas, maka dapat dilihat adanya

keterkaitan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi yang hasilnya berbeda-beda.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1: ada hubungan antara penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi di Rawat Inap RSD Sidoarjo.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, desain penelitian yang digunakan adalah studi korelasional dengan pendekatan secara *cross sectional*. Rancangan ini berupaya untuk mencari hubungan antara variabel independen dan dependen dengan cara melakukan pengukuran atau observasi secara bersamaan (sekali waktu) pada kedua variabel penelitian (Nursalam, 2008).

4.2 Kerangka Operasional

Kerangka operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

ketiga ruangan ini mempunyai karakteristik yang sama dalam penanganan pasien fraktur femur pre operasi.

4.3.2 Sampel dan Besar Sampel

Pada penelitian ini, semua pasien dewasa fraktur femur pre operasi dengan skin traksi pada bulan Januari – Februari 2012 yang dirawat di Ruang Mawar Kuning, Teratai, dan Tulip RSD Sidoarjo dijadikan sampel atau responden penelitian. Adapun besarnya sampel penelitian yaitu sebanyak 23 pasien (Ruang Mawar Kuning sebanyak 14 pasien, Ruang Teratai sebanyak 7 pasien, dan Ruang Tulip sebanyak 2 pasien).

4.3.3 Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan cara *total sampling*, yaitu pengambilan sampel secara keseluruhan pada ketiga ruang rawat inap tersebut yang mempunyai karakteristik sama dalam penanganan pasien fraktur femur pre operasi yaitu dengan penggunaan skin traksi terlebih dahulu. Dalam penelitian ini peneliti mengambil 3 ruangan yaitu Ruang Mawar Kuning, Teratai, dan Tulip.

4.4 Identifikasi Variabel

Penelitian ini terdiri dari 2 variabel yaitu:

4.4.1 Variabel independen (bebas)

Variabel independen dalam penelitian ini adalah penggunaan skin traksi pada pasien fraktur femur pre operasi.

4.4.2 Variabel dependen (tergantung)

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independen: Penggunaan skin traksi pada pasien fraktur femur pre operasi	Prosedur awal pasien fraktur femur sebelum operasi dengan tindakan pemasangan plester panjang pada kulit mulai dari mata kaki hingga tempat tulang yang patah.	1. Posisi supine dengan kaki elevasi/ abduksi 2. Beban traksi sekitar 4-5 kg 3. Dipasang pada saat rawat inap/ opname dan digunakan untuk jangka pendek (48-72 jam)	Observasi	Nominal	1 = tanpa tahanan dg posisi kaki lurus. 2 = tahanan 1-2 bantal dg posisi kaki abduksi. 3 = penahan khusus dg posisi kaki abduksi.
Dependen: tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi	Sensasi subyektif terhadap rasa tidak nyaman yang dirasakan klien pada paha kaki yang patah sebelum operasi	Diukur sekali yaitu 2 jam sebelum pemberian obat analgesik dan dilakukan pada hari pertama pemasangan skin traksi	Observasi dengan VAS (Visual Analog Skala)	Ordinal	0 = tidak nyeri, 1 = nyeri ringan, 2 = nyeri sedang, 3 = nyeri berat, 4 = nyeri sangat berat.

4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

4.6.1 Instrumen Penelitian

Untuk melakukan pengumpulan data, peneliti menggunakan instrumen berupa kuesioner tentang data demografi responden, wawancara terstruktur dan lembar observasi. Instrumen pada variabel independen menggunakan observasi langsung yang menggambarkan penggunaan skin traksi selama perawatan. Sedangkan pada variabel dependen, pengukuran tingkat nyeri pasien

menggunakan lembar observasi berupa visual analog skala (VAS). VAS merupakan suatu garis lurus yang panjangnya 10 cm dengan penggambaran verbal pada masing-masing ujungnya, seperti angka 0 (tanpa adanya nyeri) sampai angka 10 (nyeri terberat). Nilai VAS angka 0 = tidak nyeri, angka 1-3 = nyeri ringan, angka >3-6 = nyeri sedang, angka >6-<10 = nyeri berat, dan angka 10 = nyeri sangat berat.

Pemilihan VAS sebagai instrumen dalam penelitian karena skala ini memberikan kebebasan penuh pada klien untuk mengidentifikasi tingkat keparahan nyeri yang dirasakan. VAS juga merupakan alat ukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian garis daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (McGuire, 1984 dalam Prasetyo, 2010). Instrumen VAS memiliki kevalidan dari uji validitas dan reliabilitas dari penelitian Boonstra et al (2008) yang membandingkan tiga skala nyeri pada pasien yang menderita nyeri muskuloskeletal dengan hasil menunjukkan konsistensi penilaian (0,76-0,84) dan mempunyai hubungan kekuatan ($\rho = 0,60-0,77$).

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo yaitu Mawar Kuning, Teratai, dan Tulip. Berdasarkan laporan yang ada, di tempat tersebut belum pernah dilakukan penelitian tentang hubungan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi.

Sedangkan waktu pengumpulan dan pengolahan data akan dilaksanakan selama 2 minggu pada bulan Januari - Februari 2012.

4.6.3 Prosedur Penelitian

Proses pengambilan dan pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapat rekomendasi dari pihak RSD Sidoarjo yang berwenang untuk mengadakan penelitian. Sebagai langkah awal penelitian, peneliti akan menyeleksi responden dengan memberikan arahan terlebih dahulu tentang maksud dan tujuan penelitian. Setelah mendapatkan responden yang dikehendaki maka langkah selanjutnya adalah meminta persetujuan dari responden penelitian dengan memberikan surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*).

Setelah mendapatkan persetujuan dari responden, langkah selanjutnya yaitu melakukan pengumpulan data penelitian. Langkah awal pengumpulan data penelitian, responden diberi lembar kuesioner yang isinya tentang data diri responden dan mengisinya sesuai dengan pilihan yang sudah tersedia. Kuesioner ini digunakan untuk mengetahui data demografi responden secara menyeluruh.

Langkah kedua, responden dilakukan observasi penggunaan skin traksi dengan melihat dan mengevaluasi secara langsung perkembangannya. Untuk mengetahui lebih jauh tingkat perkembangannya, responden dilakukan wawancara terstruktur terkait penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri yang dirasakan selama perawatan. Langkah selanjutnya responden dilakukan observasi penilaian tingkat nyeri yang dirasakan selama penggunaan skin traksi dengan menggunakan metode visual analog skala (VAS). Observasi ini dilakukan pada hari pertama pasien terpasang skin traksi dan tepatnya 2 jam sebelum pemberian obat anti nyeri dengan maksud tingkat nyeri yang dirasakan pasien benar-benar akibat dari penggunaan skin traksi. Untuk mempermudah pengelolaan ketiga ruangan, peneliti dibantu oleh perawat lain (mempunyai tingkat pemahaman yang sama

seperti pendidikan) yang sebelumnya sudah diberi penjelasan dan sosialisasi tentang maksud, tujuan dan tata cara dalam penelitian ini.

4.6.4 Analisa Data

Analisis data merupakan suatu proses analisa yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan pula analisis isi (*Content Analyse*) yaitu analisa yang menggambarkan pesan atau informasi yang jelas dari proses wawancara dengan responden tentang variabel-variabel yang diteliti. Analisis isi tersebut peneliti gunakan untuk mendukung hasil uji secara kualitatif.

Dalam penelitian ini analisis data dilakukan melalui beberapa tahapan. Tahap pertama yaitu persiapan, pada tahap ini dilakukan perapian data untuk mengadakan pengolahan lebih lanjut. Tahap ini juga dilakukan pengecekan kelengkapan data mulai dari identitas responden sampai hasil jawaban responden untuk menghindari kesalahan ataupun kekurangan data dari responden. Tahap yang kedua yaitu tabulasi data, kegiatan pada tahap ini diawali dengan pengelompokan data dengan memberi kode dan skor terhadap item-item yang perlu diskor sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam definisi operasional. Tahapan selanjutnya yaitu data diolah dan diuji dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square Test* (uji untuk mengetahui hubungan antara dua variabel) dan pengolahan data ini dilakukan dengan bantuan program komputer. Uji ini menggunakan derajat kemaknaan $\alpha \leq 0.05$. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p \leq 0.05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada hubungan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi.

4.7 Etik Penelitian

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti terlebih dahulu mengajukan permohonan izin kepada institusi RSD Sidoarjo untuk mendapatkan persetujuan melakukan penelitian. Setelah mendapat izin, kemudian peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi :

4.7.1 *Informed consent* (Lembar persetujuan menjadi responden)

Lembar persetujuan diberikan dan dijelaskan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan. Jika responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

4.7.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data yang diisi subjek, tetapi hanya diberikan kode atau inisial tertentu demi menjaga kerahasiaan identitas subjek.

4.7.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.8 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah :

1. Sampel yang diambil masih terbatas jumlahnya dan kurang mewakili seluruh responden, sehingga tidak dapat digeneralisasikan.

2. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini ditentukan oleh peneliti sendiri sehingga belum diketahui validitas dan reliabilitasnya, artinya instrumen ini belum bisa diandalkan baik konsistensi, keakuratan dan ketepatannya.
3. Pengumpulan data dengan kuesioner memiliki jawaban yang lebih banyak dipengaruhi oleh sikap dan harapan-harapan pribadi yang bersifat subyektif sehingga hasilnya kurang mewakili secara kuantitatif.
4. Terlepas dari ada dan tidak adanya penggunaan skin traksi yang diberikan, masih banyak faktor lain yang mempengaruhi tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi diantaranya penggunaan obat anti nyeri, sehingga peneliti kurang bisa mengendalikan pengaruh obat terhadap tingkat nyeri.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian yang meliputi gambaran secara umum lokasi penelitian, gambaran umum responden (jenis kelamin, agama, umur, pendidikan, pekerjaan, pengalaman nyeri, pengalaman fraktur, cara mengatasi nyeri fraktur, klasifikasi fraktur femur, jenis fraktur femur, dan penggunaan obat anti nyeri) dan data khusus yang berkaitan dengan penggunaan skin traksi dan tingkat nyeri. Data-data tersebut diperoleh dengan menyebarkan kuesioner dan observasi pada responden yang berjumlah 23 orang pada tanggal 25 Januari – 10 Februari 2012 di Ruang Rawat Inap (Mawar Kuning, Teratai, dan Tulip) RSD Sidoarjo.

Dalam bab ini akan dibahas pula tentang bagaimana hubungan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pasien fraktur femur pre operasi baik secara kuantitatif maupun secara kualitatif. Secara kuantitatif dengan menggunakan perhitungan frekwensi dan uji statistik *Chi-Square Test* yang dilakukan dengan metode komputerisasi. Dari hasil uji statistik tersebut dapat diketahui ada tidaknya signifikansi hubungan terhadap kedua variabel. Kemudian dilanjutkan dengan menggunakan hasil analisa isi (*Content Analyse*) dari hasil proses wawancara terstruktur untuk mengetahui adakah nilai yang signifikan dari respons verbal responden dan menjadi bahan pertimbangan untuk mendukung hasil uji statistik.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

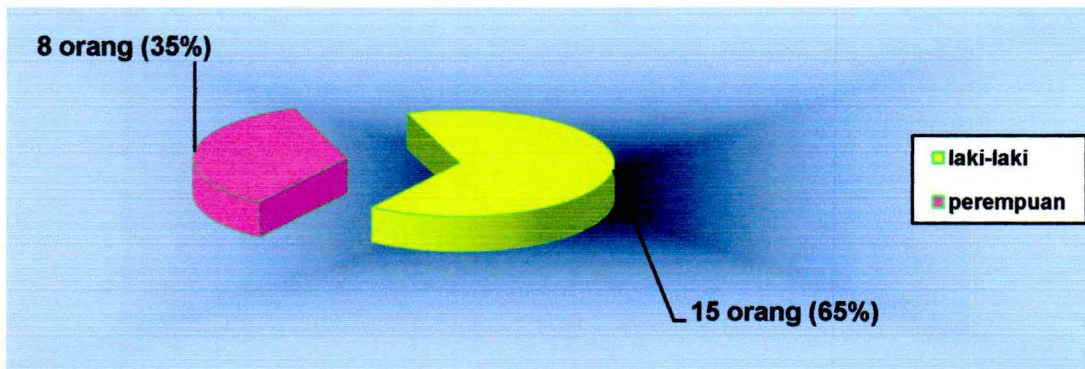
Rumah Sakit Daerah Sidoarjo merupakan rumah sakit pemerintah daerah kabupaten Sidoarjo dengan tipe B dan terakreditasi B Plus di 16 pelayanan II. Rumah sakit ini melayani berbagai jenis kasus mulai dari pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan intensif, pelayanan hemodialisis, dan berbagai bentuk pelayanan dan pemeriksaan lainnya. Pada beberapa kasus bedah diantaranya bedah tulang, bedah umum, bedah syaraf, dan bedah urologi bisa dilakukan perawatan di ruang rawat inap seperti ruang Mawar Kuning, Teratai dan Tulip. Penelitian ini dilaksanakan di ketiga ruangan tersebut yang merawat berbagai kasus bedah terutama bedah tulang. Ruang Mawar Kuning merupakan rawat inap kelas 3 bedah dengan kapasitas 60 tempat tidur dan tenaga perawat sebanyak 26 orang. Ruang Teratai merupakan rawat inap kelas 2 bedah dengan kapasitas 40 tempat tidur dan tenaga perawat sebanyak 18 orang. Sedangkan Ruang Tulip merupakan rawat inap kelas 1 bedah dengan kapasitas 20 tempat tidur dan tenaga perawat sebanyak 14 orang. Menejemen perawatan kasus bedah tulang pada ketiga ruangan tersebut memiliki kesamaan seperti halnya penanganan pasien fraktur femur yaitu dengan pemasangan skin traksi terlebih dahulu sebelum dilakukan tindakan lanjutan (gips atau operasi). Penggunaan skin traksi ini dimaksudkan guna melihat tingkat stabilitas perkembangan pasien selama masa menunggu tindakan selanjutnya.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Pada bagian ini diuraikan tentang karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, agama, usia, pendidikan, pekerjaan, pengalaman nyeri masa lalu,

pengalaman fraktur, cara mengatasi nyeri fraktur, klasifikasi fraktur femur, jenis fraktur femur dan penggunaan obat anti nyeri.

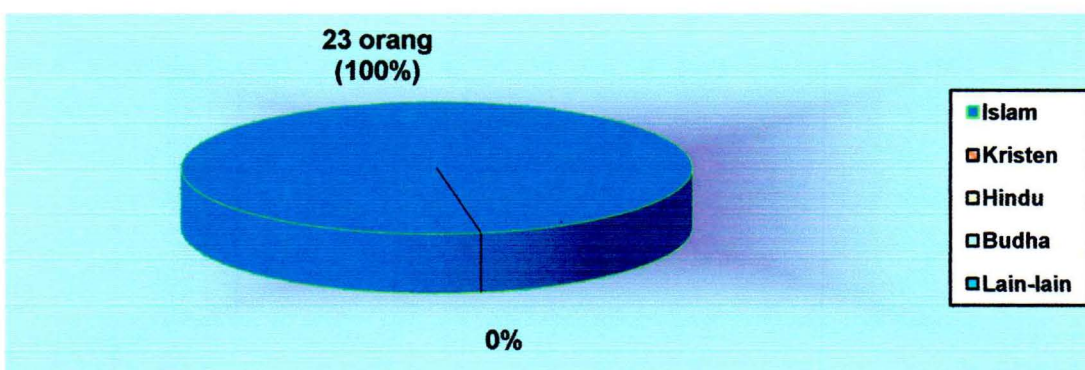
5.1.2.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin.



Gambar 5.1: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu 15 orang (65 %). Laki-laki cenderung memiliki aktivitas yang padat sehingga resiko terjadi cedera atau trauma juga tinggi.

5.1.2.2 Distribusi responden berdasarkan agama.

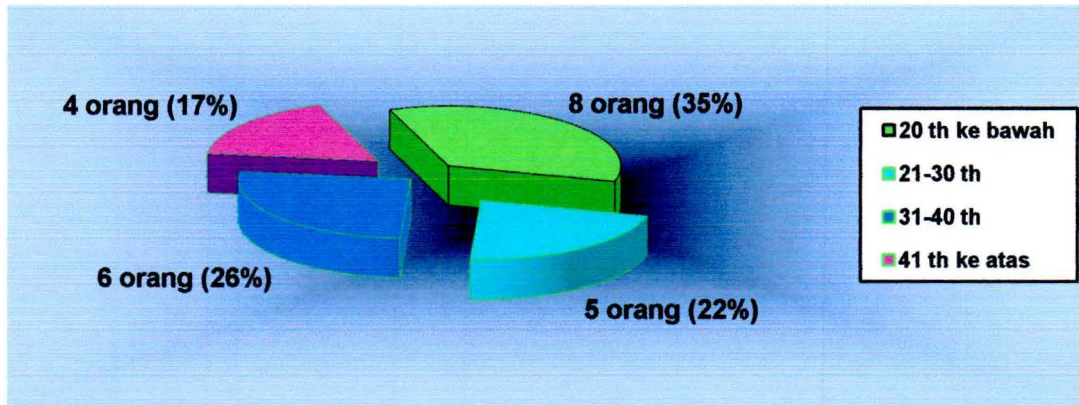


Gambar 5.2: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Agama di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan agama menunjukkan semua responden memeluk agama islam yaitu 23 orang (100

%). Tingkat keyakinan yang mendalam mampu mempengaruhi seseorang dalam berinteraksi dan berespon dengan baik terhadap setiap permasalahan.

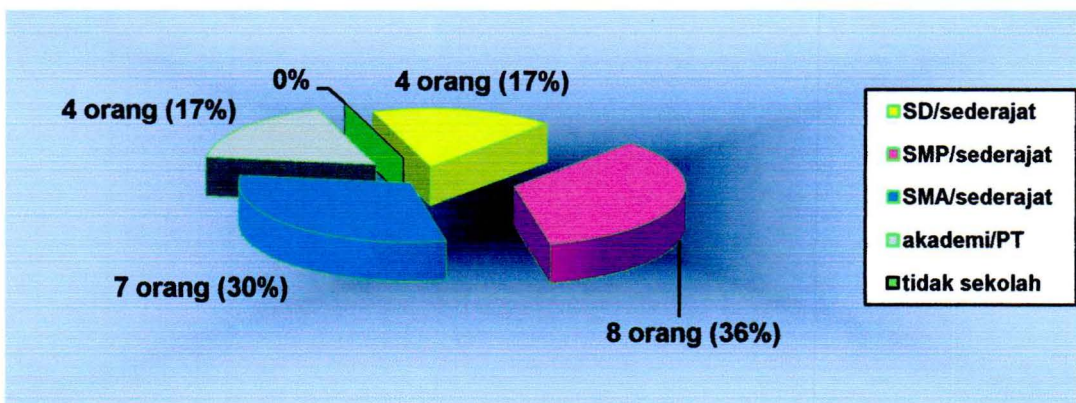
5.1.2.3 Distribusi responden berdasarkan usia.



Gambar 5.3: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Usia di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan usia menunjukkan sebagian besar responden berusia 20 tahun ke bawah yaitu 8 orang (35 %). Usia yang relatif muda cenderung memiliki aktivitas yang berlebihan sehingga resiko terjadi cedera atau trauma juga tinggi.

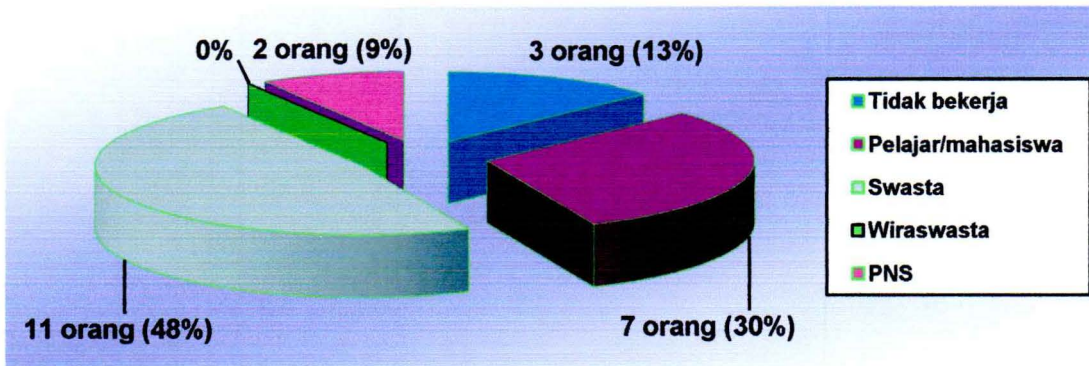
5.1.2.4 Distribusi responden berdasarkan pendidikan.



Gambar 5.4: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan pendidikan menunjukkan sebagian besar responden berpendidikan SMP/ sederajat yaitu 8 orang (36 %). Pendidikan seseorang juga mampu mempengaruhi persepsi dan pola berfikir terhadap masalah.

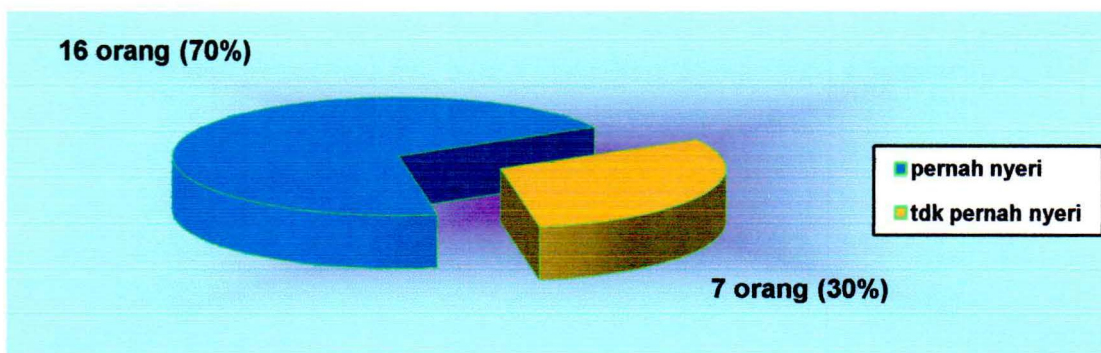
5.1.2.5 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan.



Gambar 5.5: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan pekerjaan menunjukkan sebagian besar responden bekerja sebagai karyawan swasta yaitu 11 orang (48 %). Karyawan cenderung memiliki aktivitas yang berlebihan sehingga resiko terjadi cedera atau trauma juga tinggi

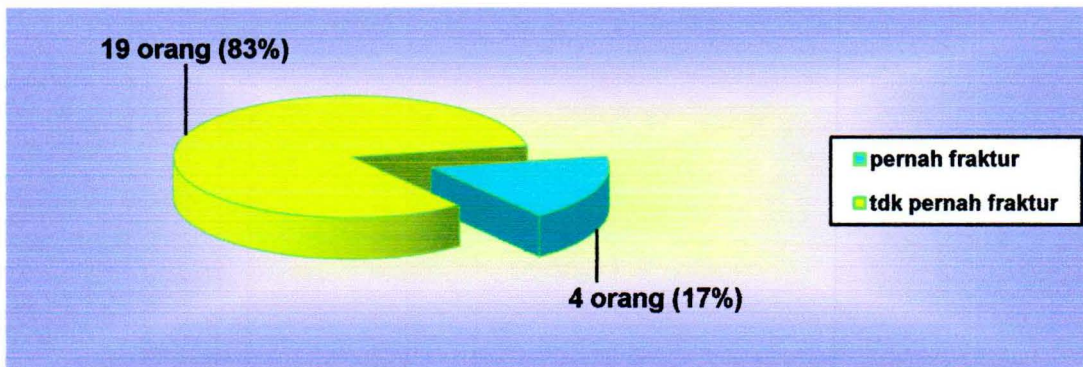
5.1.2.6 Distribusi responden berdasarkan pengalaman nyeri masa lalu.



Gambar 5.6: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan pengalaman nyeri masa lalu di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan pengalaman nyeri masa lalu menunjukkan sebagian besar responden pernah mengalami nyeri yaitu 16 orang (70 %). Pengalaman yang berkepanjangan dengan nyeri akan meningkatkan toleransi dan persepsi terhadap nyeri yang dirasakan.

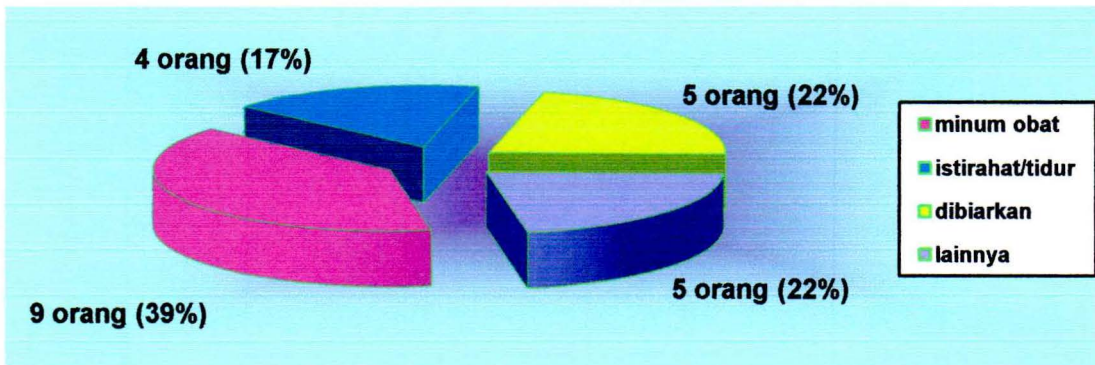
5.1.2.7 Distribusi responden berdasarkan pengalaman fraktur.



Gambar 5.7: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan pengalaman fraktur di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan pengalaman fraktur menunjukkan sebagian besar responden tidak pernah mengalami fraktur sebelumnya yaitu 19 orang (83 %). Pengalaman masa lalu tentang patah tulang akan meningkatkan toleransi dan persepsi terhadap nyeri yang dirasakan.

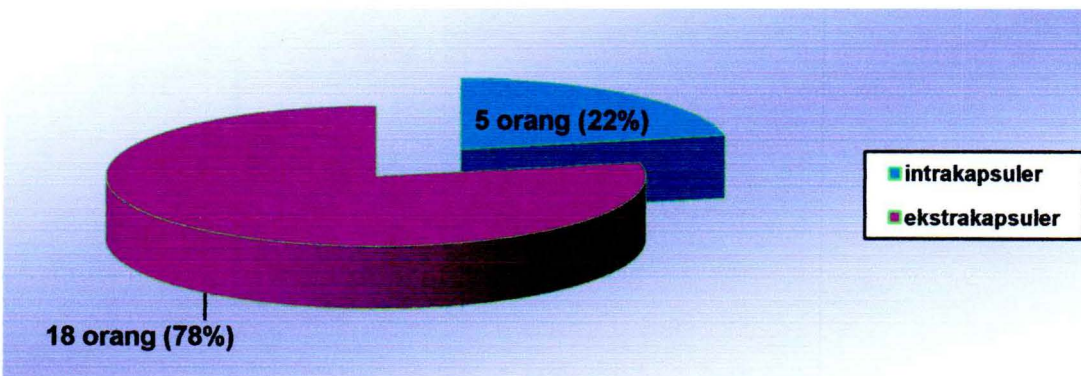
5.1.2.8 Distribusi responden berdasarkan cara mengatasi nyeri fraktur.



Gambar 5.8: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan cara mengatasi nyeri fraktur di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan cara mengatasi nyeri fraktur menunjukkan sebagian besar responden mengatasi nyeri fraktur dengan minum obat yaitu 9 orang (39 %). Pemberian obat anti nyeri dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan.

5.1.2.9 Distribusi responden berdasarkan klasifikasi fraktur femur.

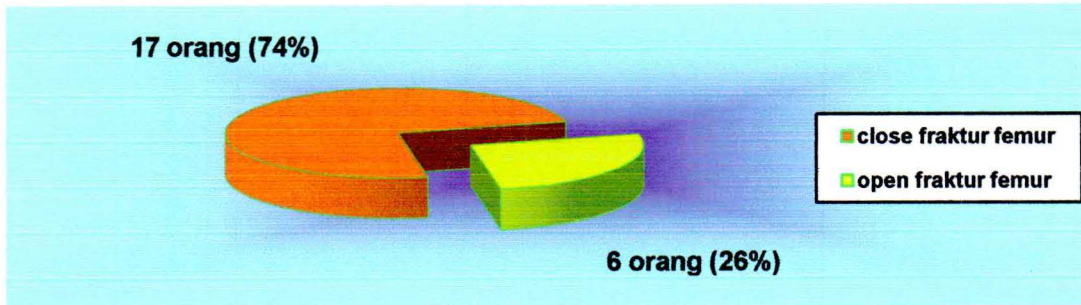


Gambar 5.9: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Klasifikasi Fraktur Femur di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan klasifikasi fraktur femur menunjukkan sebagian besar responden mengalami fraktur femur yang tergolong ekstrakapsuler yaitu 18 orang (78 %). Klasifikasi

fraktur femur mempengaruhi penggunaan skin traksi dan tingkat nyeri yang dirasakan.

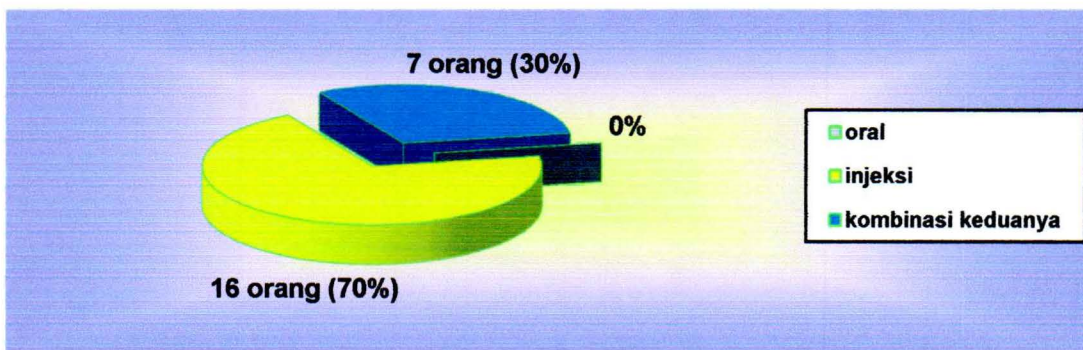
5.1.2.10 Distribusi responden berdasarkan jenis fraktur femur.



Gambar 5.10: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Fraktur Femur di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan jenis fraktur femur menunjukkan sebagian besar responden mengalami fraktur femur jenis close faktur yaitu 17 orang (74 %). Jenis fraktur femur mempengaruhi penggunaan skin traksi dan tingkat nyeri yang dirasakan.

5.1.2.11 Distribusi responden berdasarkan penggunaan obat anti nyeri.



Gambar 5.11: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Penggunaan Obat Anti Nyeri di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

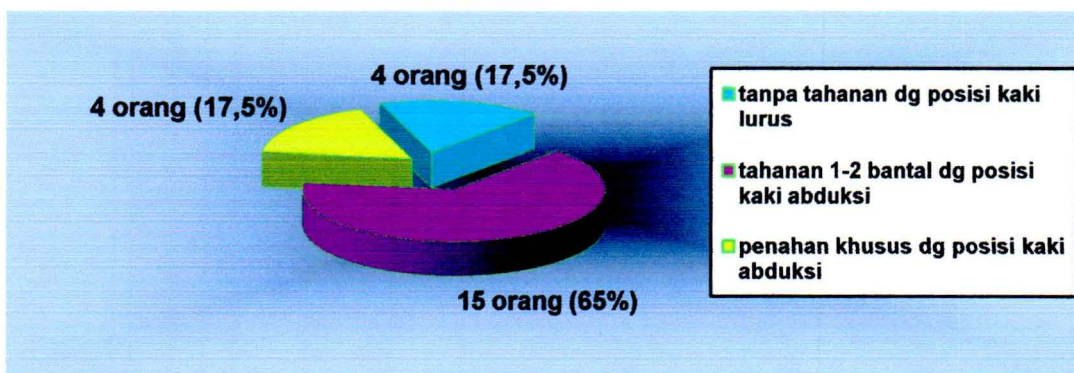
Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan penggunaan obat anti nyeri menunjukkan sebagian besar responden mendapatkan

obat anti nyeri berupa injeksi yaitu 16 orang (70 %). Pemberian obat anti nyeri berupa injeksi memiliki respon efektif yang lebih cepat dalam mengurangi nyeri.

5.1.3 Variabel yang Diukur.

Pada bagian ini diuraikan data-data tentang penggunaan skin traksi dan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi yang diperoleh melalui observasi dan wawancara terstruktur.

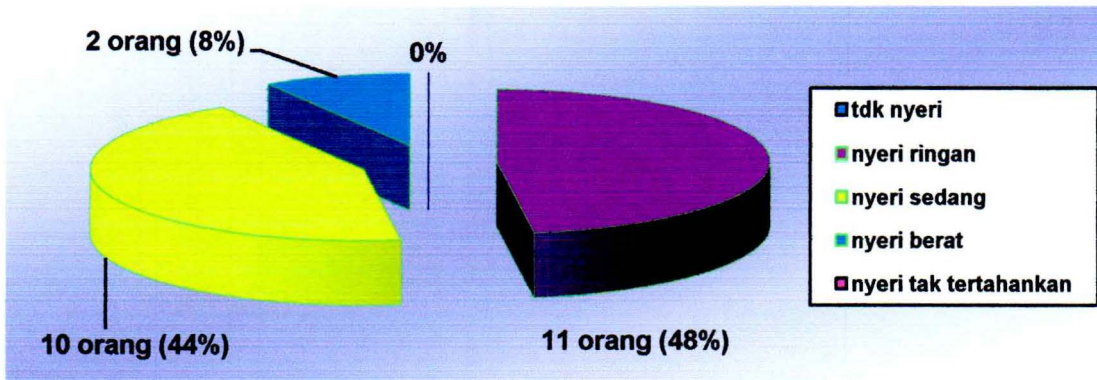
5.1.3.1 Distribusi responden berdasarkan penggunaan skin traksi.



Gambar 5.12: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Penggunaan Skin Traksi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan penggunaan skin traksi menunjukkan sebagian besar responden menggunakan skin traksi dengan tahanan 1 - 2 bantal dengan posisi kaki abduksi yaitu 15 orang (65 %). Penggunaan skin traksi tahanan 1 – 2 bantal dengan posisi kaki abduksi menghasilkan tingkat kenyamanan yang berbeda dalam mengurangi nyeri.

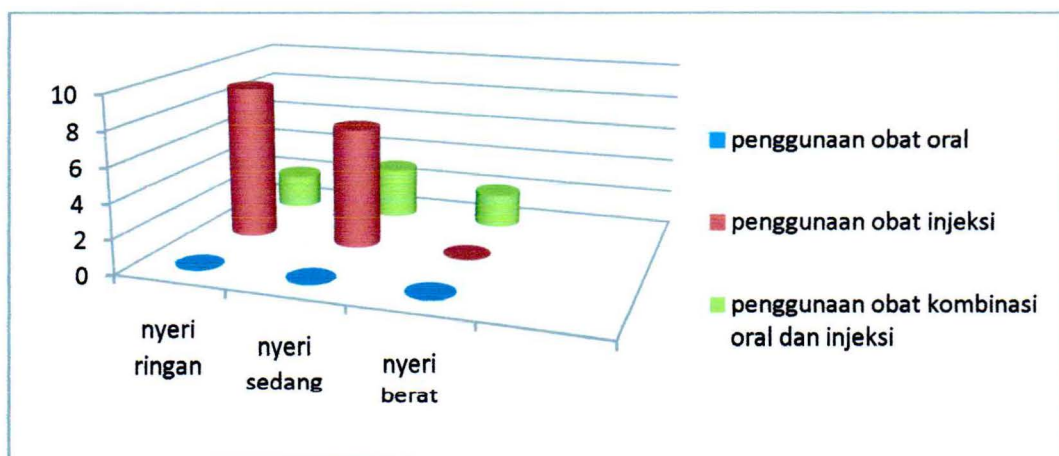
5.1.3.2 Distribusi responden berdasarkan tingkat nyeri



Gambar 5.13: Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Nyeri Pasien Fraktur Femur Pre Operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo pada Januari – Februari 2012.

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan tingkat nyeri pasien fraktur femur pre operasi yang menggunakan skin traksi pada hari pertama menunjukkan sebagian besar responden menunjukkan nyeri ringan yaitu 11 orang (48 %). Tingkat nyeri ringan dapat dirasakan jika penggunaan skin traksi sesuai dengan kenyamanan pasien.

Adapun distribusi responden berdasarkan tingkat nyeri yang dikelompokkan sesuai penggunaan obat anti nyeri dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 5.14 : Diagram batang distribusi responden berdasarkan tingkat nyeri (pengelompokan sesuai penggunaan obat anti nyeri) pada bulan Januari – Februari 2012

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan tingkat nyeri pasien fraktur femur pre operasi yang dikelompokkan sesuai penggunaan obat anti nyeri menunjukkan sebagian besar responden menggunakan obat anti nyeri jenis injeksi yaitu 9 orang pada tingkat nyeri ringan. Penggunaan obat anti nyeri jenis injeksi ini disesuaikan dengan toleransi pasien terhadap tingkat nyeri yang dirasakan.

5.1.3.3 Tabulasi silang penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri

Tabel 5.1 : Tabulasi silang penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi pada bulan Januari – Februari 2012

Penggunaan Skin Traksi	Tingkat Nyeri						Total	
	Nyeri Ringan		Nyeri Sedang		Nyeri Berat			
tanpa tahanan dg posisi kaki lurus	2	9%	2	8,5%	0	0%	4	17,5%
tahanan 1-2 bantal dg posisi kaki abduksi	7	30%	7	30%	1	5%	15	65%
penahan khusus dg posisi kaki abduksi	2	9%	1	4,5%	1	4%	4	17,5%
Total	11	48%	10	43%	2	9%	23	100%
<i>Chi Square test p = 0,728</i>								

Berdasarkan tabel 5.1 diatas menunjukkan bahwa pada responden dengan penggunaan skin traksi tanpa tahanan dengan posisi kaki lurus terdapat 2 orang (9 %) menyatakan tingkat nyeri ringan dan 2 orang (8,5 %) menyatakan tingkat nyeri sedang. Responden dengan penggunaan skin traksi tahanan 1 – 2 bantal dengan posisi kaki abduksi terdapat masing-masing 7 orang (30 %) menyatakan tingkat nyeri ringan dan sedang. Responden dengan penggunaan skin traksi penahan khusus dengan posisi kaki abduksi terdapat 2 orang (9 %) menyatakan tingkat nyeri ringan. Sedangkan secara keseluruhan respon terbanyak adalah penggunaan skin traksi tahanan 1 – 2 bantal dengan posisi kaki abduksi sebanyak 15 orang (65 %) dan tingkat nyeri ringan sebanyak 11 orang (48 %). Analisis menggunakan uji

statistik *Chi-Square* diperoleh nilai $p=0,728$ artinya H_1 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi. Dengan kata lain dapat dinyatakan bahwa penggunaan skin traksi tidak menentukan tingginya tingkat nyeri. Hal tersebut sesuai dengan hasil yang ditunjukkan pada wawancara terstruktur dengan analisa isi (*Content Analyse*). Dari hasil wawancara terstruktur tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden menyatakan bahwa mereka merasakan nyeri yang berat jika kaki digerakkan dan nyeri berkurang jika kaki diberi penyangga bantal.

Berikut beberapa kutipan jawaban responden dari pertanyaan :

Apakah saat ini anda masih merasa nyeri atau sakit pada kaki yang mengalami patah tulang? Bagaimana menurut anda tentang penggunaan alat ini (skin traksi) terhadap tingkat nyeri yang dirasakan? Apakah ada perbedaan tingkat nyeri yang anda rasakan sebelum dan sewaktu penggunaan alat ini (skin traksi)? Pada saat apakah anda merasa nyeri pada kaki yang patah? Bagaimana posisi yang nyaman menurut anda untuk mengurangi nyeri? Jawaban dapat disimpulkan sebagai berikut :

“ ya kadang-kadang mas, terutama kalau obat suntiknya habis dan kaki dibuat gerak ”

“ memang pada awal pemasangan alat ini sakit karena kaki terasa ditarik tapi lama-lama sakitnya berkurang “

“ ada mas, awalnya takut untuk menggerakkan kaki yang patah, gerak sedikit sakit, dipegang sedikit sakit, pokoknya serba sakit. Tapi setelah dipasang kaki bisa gerak meskipun sedikit “

“ sakitnya itu saat kaki digerakkan atau diubah-ubah posisinya, oh ya pada saat penyangga bantalnya jatuh bisa terasa sakit dan tarikannya “

“ sebenarnya posisi yang enak ya diam saja dan dikasih bantal dibawahnya tapi namanya orang ya pasti bosan kadang terasa gak enak, gatal atau lainnya sehingga harus merubah posisi “

5.2 Pembahasan Penelitian

Setelah dilakukan analisa data dan menguji hasil penelitian secara kuantitatif dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square Test* dan secara kualitatif (dengan analisa isi atau *Content Analyse*) diperoleh hasil yang cukup bervariasi.

5.2.1 Penggunaan Skin Traksi Pada Pasien Fraktur Femur Pre Operasi

Dari gambar 5.12 menunjukkan bahwa 65 % termasuk dalam penggunaan skin traksi tahanan 1 - 2 bantal dengan posisi kaki abduksi dan masing-masing 17,5 % termasuk dalam penggunaan skin traksi tanpa tahanan dengan posisi kaki lurus dan penahan khusus dengan posisi kaki abduksi. Hal ini terjadi karena masing-masing pasien mengalami fraktur femur dengan klasifikasi dan jenis yang berbeda-beda.

Menurut Karen Burke (2008) dalam Amirin (2011), traksi digunakan untuk meluruskan dan mengembalikan tulang yang patah ke posisi anatomis dengan gaya tarikan beban. Gaya tarikan beban dan gravitasi bumi akan menarik kulit dan mendorong kaki menuju ke arah beban traksi. Tarikan dan dorongan ini berubah sesuai dengan cara penyesuaian terhadap pemberian tahanan yang berlawanan atau dikenal dengan tahanan kontertraksi (Madni et al, 2009). Resch et al (2005), juga menyatakan bahwa pemberian tahanan kontertraksi dapat mempengaruhi tarikan atau dorongan sehingga penggunaannya harus disesuaikan dengan jenis

frakturnya dan toleransi pasien selama pemasangan. Resch juga menambahkan bahwa kebanyakan pasien fraktur yang terpasang skin traksi lebih nyaman dengan posisi yang dibuatnya seperti pemberian bantal dibawah tulang yang patah. Sesuai dengan yang dikemukakan Mansjoer (2005), bahwa fraktur femur jenis intrakapsuler terjadi pada daerah kepala atau leher femur yang terkait dengan persendian daerah panggul sehingga memungkinkan pasien untuk takut bergerak.

Pasien yang mengalami fraktur femur akan mengalami kecemasan yang berlebih mulai dari rasa nyeri sampai perasaan takut untuk menggerakkan kakinya meskipun sedikit saja. Mereka beranggapan jika semakin banyak gerak maka tulangnya semakin bergeser-geser dan semakin nyeri sehingga mereka lebih memilih diam atau membiarkan saja. Akibatnya mereka tidak bisa menahan sakit dan selalu minta disuntik jika nyeri timbul. Hal ini terlihat pada respon pasien yang termasuk penggunaan skin traksi tahanan 1 – 2 bantal dengan posisi kaki abduksi menyatakan nyeri ringan jika kaki yang patah dibiarkan dan ditahan dengan bantal saja.

Sebagian lagi responden termasuk dalam penggunaan skin traksi tanpa tahanan dengan posisi kaki lurus dan penahan khusus dengan posisi kaki abduksi sebesar 17,5 %. Pasien yang mengalami fraktur femur awalnya kaki harus diluruskan seaneatomis mungkin meskipun nyeri yang dirasakan berlebihan. Hal ini untuk mempermudah dalam pemeriksaan perkembangannya mulai dari foto rongent, tekanan dan sirkulasi perifer. Pasien lama-lama mampu beradaptasi terhadap posisi awal yang lurus dan tidak berkenan untuk merubah posisi lagi. Disinilah mereka mampu merasakan rasa nyaman yang sulit untuk diganti atau diubah.

5.2.2 Tingkat Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Pre Operasi

Dari gambar 5.13 menunjukkan bahwa 48 % responden mengalami tingkat nyeri ringan selama terpasang skin traksi pada hari pertama, 44 % responden mengalami tingkat nyeri sedang dan 8 % responden mengalami tingkat nyeri berat. Hal ini terjadi karena toleransi dan respon adaptasi pasien terhadap nyeri fraktur femur berbeda-beda.

Menurut Smeltzer dan Bare (2002), nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan. Nyeri ini berkaitan dengan reseptor nyeri yang disebut nosiseptor, sistem penghantar, persepsi dan respon terhadap nyeri. Apabila seseorang tidak dapat memenuhi fisiologi nyeri tersebut, maka nyeri sulit dipersepsikan. Menurut Guyton dan Hall (1997), tubuh akan melepaskan bahan-bahan kimia seperti bradikinin jika terdapat jaringan yang rusak dan nyeri merupakan salah satu respon tubuh tersebut. Trauma pada muskuloskeletal akan menimbulkan nyeri yang diakibatkan oleh spasme otot dan pergeseran fragmen tulang yang patah. Hal ini akan menimbulkan pembengkakan dan perubahan posisi tulang yang dapat mempengaruhi penekanan syaraf dan iskemia jaringan (Dave, 1995 dan Redemann, 2002 dalam Amirin, 2011).

Smeltzer dan Bare (2002), menyatakan bahwa respon nyeri seseorang juga dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya jenis kelamin, usia, agama, pendidikan, pekerjaan, pengalaman masa lalu dan lainnya. Pada hasil penelitian didapatkan bahwa 48 % responden mengalami nyeri ringan dikarenakan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki dan pernah mengalami nyeri

sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa laki-laki mempunyai respon adaptasi yang tinggi sehingga rasa nyeri bisa ditahan bahkan diabaikan (Prasetyo, 2010).

Sebagian lagi responden mengalami nyeri sedang 44 % dan nyeri berat 8 % selama penggunaan skin traksi pada hari pertama. Nyeri dirasakan pasien sebagai keadaan yang menyakitkan dan baru, hal ini terlihat bahwa sebagian besar responden baru pertama mengalami patah tulang dan terjadi diusia muda 20 tahun kebawah sehingga toleransi terhadap nyeri yang dirasakan juga berbeda-beda.

5.2.3 Hubungan Penggunaan Skin Traksi dengan Tingkat Nyeri Pada Pasien

Fraktur Femur Pre Operasi

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa tingkat nyeri ringan dan sedang didominasi oleh responden dengan penggunaan skin traksi tahanan 1 – 2 bantal dengan posisi kaki abduksi. Jumlah total prosentase tertinggi juga terletak pada penggunaan skin traksi tahanan 1 – 2 bantal dengan posisi kaki abduksi dan tingkat nyeri ringan. Setelah dilakukan analisa uji statistik *Chi-Square* diperoleh hasil signifikansi $p = 0,728$. Hal ini menunjukkan bahwa nilai $p > 0,05$ yang berarti H_1 ditolak yaitu tidak ada hubungan antara penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi. Hal ini diperkuat dengan hasil analisa isi (*Content Analyse*) dari wawancara terstruktur. Berikut kutipan jawaban dari salah satu responden yang memperkuat hasil uji statistik diatas : “*sebenarnya posisi yang enak ya diam saja dan dikasih bantal dibawahnya tapi namanya orang ya pasti bosan kadang terasa gak enak, gatal atau lainnya sehingga harus merubah posisi* “. Faktor-faktor penyebab respons nyeri pasien fraktur femur dapat dikaitkan akibat penekanan luka, penekanan saraf dan

pembuluh darah, pergeseran tulang akibat gaya geser mekanis, dan peningkatan rasa sakit selama pergerakan oleh pasien di tempat tidur.

Menurut penelitian Parker MJ et al (2006), bahwa nyeri pada fraktur femur sebagian besar disebabkan karena spasme otot dan pergeseran fragmen tulang pada saat reduksi. Parker MJ et al (2006), juga menyatakan bahwa pemakaian skin traksi hanya mampu mempengaruhi nyeri pada awal perawatan saja sehingga pada hari berikutnya pasien mampu beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan. Hal tersebut sesuai dengan yang disampaikan oleh Jerre (2000) bahwa penggunaan traksi kulit pada pasien yang menunggu operasi patah tulang pinggul dikarenakan alasan pengurangan rasa sakit, perlindungan terhadap patah tulang lebih lanjut dan kerusakan pembuluh periarticular dan jaringan lunak, dan pengurangan gaya dari efek fraktur.

Penggunaan skin traksi sebelum operasi untuk patah tulang pinggul dan femur pada beberapa rumah sakit tetap menjadi standar praktek. Namun, percobaan acak yang baru ini dilakukan memiliki hasil yang berlawanan karena traksi kulit tidak signifikan dalam mengurangi pemakaian analgesik dan penurunan rasa sakit pada pasien yang mengalami fraktur sebab pengurangan nyeri tidak jauh berbeda pada pasien yang hanya diberikan bantal khusus pada daerah cedera (Saygi et al, 2010). Hal ini sesuai dengan penelitian Parker (2009) bahwa traksi kulit yang ditawarkan tidak ada manfaat dalam hal nyeri, kebutuhan untuk analgesik tambahan, atau komplikasi selama rawat inap, dan mereka menyimpulkan bahwa penggunaan rutin traksi kulit pra operasi tidak diperlukan pada pasien patah tulang pinggul atau femur.

Pertanyaannya sekarang adalah mengapa tingkat nyeri sedang bahkan berat masih juga dirasakan pasien fraaktur femur? Untuk menjawabnya perlu dilihat kembali kondisi demografi pasien secara keseluruhan. Perbedaan klasifikasi atau jenis fraktur, dan pengalaman nyeri atau fraktur masa lalu sangat memungkinkan pasien masih bisa mengalami nyeri yang karena secara fisik dan psikologi mengalami perbedaan.

Kelompok responden dengan penggunaan skin traksi tahanan 1 – 2 bantal dengan posisi kaki abduksi menduduki jumlah tertinggi sebesar 65%. Sebagian besar responden berusia 20 tahun kebawah. Seperti pada pembahasan sebelumnya bahwa usia muda berorientasi dan cenderung banyak aktivitas, selain itu juga terjadi perubahan terhadap pola berfikir dan pemahamannya terhadap nyeri.

Berdasarkan tingkat pendidikan, mayoritas responden berpendidikan SMP. Semakin tinggi pendidikan maka semakin baik pola pola pemahamannya terhadap nyeri yang dirasakan karena kemampuan beradaptasi semakin baik, begitu juga sebaliknya rendahnya pendidikan seseorang maka sulit untuk beradaptasi terhadap nyeri. Adapun berdasarkan pengalaman nyeri masa lalu, mayoritas responden pernah mengalami nyeri sebelumnya meskipun nyeri yang dirasakan diluar nyeri patah tulang. Pengalaman nyeri ini mampu meningkatkan toleransi terhadap ambang nyeri dan dapat dijadikan modal dalam mempersepsikan nyeri yang dirasakan.

Pada kenyataan dilapangan tentang penggunaan skin traksi terhadap fraktur femur masih mempunyai gambaran tingkat nyeri yang beragam. Hal ini dikarenakan ada beberapa faktor yang bisa menjadi pengaruh perubahan tingkat nyeri pasien fraktur femur pre operasi diantaranya penggunaan obat anti nyeri.

Penggunaan obat anti nyeri di lokasi penelitian sebagian besar diberikan dengan cara injeksi. Obat anti nyeri jenis injeksi ini diberikan pada pasien yang mengalami nyeri yang lebih hebat. Obat anti nyeri injeksi ini biasanya berupa antrain, novalgin, dan ketorolac. Pemberian obat anti nyeri ini diberikan dalam selang waktu 8 jam sekali atau 3 kali dalam sehari. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang terlihat pada gambar 5. 14 yang menunjukkan bahwa sebagian besar penggunaan obat anti nyeri digunakan jenis injeksi dengan respon terbanyak terhadap tingkat nyeri ringan. Sedangkan obat anti nyeri jenis oral penggunaannya sering dikombinasikan dengan jenis injeksi sehingga hasil atau respon terhadap nyeri dapat maksimal. Menurut Yip et al (2002) dan Parker (2009) menyatakan bahwa penggunaan obat anti nyeri dengan berbagai jenis bisa mempengaruhi tingkat nyeri pada pasien yang terpasang skin traksi terutama pada hari pertama pemakaian dan efeknya mulai terlihat sama pada beberapa hari kemudian. Berdasarkan uraian diatas dapat dijelaskan bahwa semua faktor tersebut diatas dapat membuat pasien meningkatkan adaptasi dan toleransi terhadap nyeri yang dialaminya.

Pada prinsipnya skin traksi bekerja melalui penarikan kulit dengan plester yang dihubungkan pada tali dan beban traksi. Berat beban traksi menjadi salah satu penentu dalam proses reduksi tulang sehingga pergeseran fragmen tulang dapat dihindari dan imobilisasi tulang tercapai. Beban traksi juga menimbulkan gaya tarik dan gaya gravitasi sehingga spasme otot dapat dikurangi. Akan tetapi posisi kaki juga dapat mempengaruhi tahanan traksi karena beban traksi dapat menarik kaki meluncur kebawah jika posisi kaki tidak diangkat sehingga bisa mengakibatkan luka lecet pada kulit. Beberapa penelitian juga menyebutkan

bahwa tahanan dengan bantal juga sering digunakan pada daerah cedera karena pengaruh terhadap nyeri tidak jauh berbeda dengan penggunaan penahan khusus yang membuat posisi kaki abduksi. Disamping itu posisi kaki yang ditahan bantal jauh lebih nyaman secara fisik daripada kaki harus diangkat tinggi. Berdasarkan berbagai alasan dan resiko inilah penggunaan skin traksi pada pasien fraktur femur pre operasi masih belum bisa menunjukkan hasil yang signifikan terhadap nyeri yang dialami sehingga penggunaannya perlu ditinjau dan dipertimbangkan ulang.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan simpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo sebagai berikut :

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti, maka dapat disimpulkan beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Klasifikasi dan jenis fraktur femur tidak menentukan secara pasti penggunaan skin traksi, hal ini dipengaruhi faktor lain seperti prosedur pelaksanaan dan tingkat kenyamanan pasien yang ditunjukkan dengan penggunaan skin traksi tahanan 1 – 2 bantal dengan posisi kaki abduksi masih tinggi. Pada aspek prosedur pelaksanaan, dapat dicapai melalui kerjasama antara kepala ruangan, perawat pelaksana dengan dokter terkait dengan kegiatan evaluasi tindakan.
2. Jenis kelamin, usia, pendidikan, agama, pengalaman nyeri dan fraktur masa lalu dapat mempengaruhi tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi yang ditunjukkan dengan tingginya responden pada tingkat nyeri ringan. Faktor lain yang juga mempengaruhi yaitu toleransi dan adaptasi responden terhadap nyeri yang cenderung berbeda-beda. Pada aspek adaptasi, dapat ditingkatkan dengan pemberian asuhan keperawatan tentang manajemen nyeri.
3. Penggunaan skin traksi pada pasien fraktur femur pre operasi tidak berhubungan dengan tingkat nyeri yang dialami, hal ini disebabkan tingkat

adaptasi pasien terhadap nyeri yang berbeda dan dipengaruhi banyak faktor. Selain itu desain dan instrumen penelitian juga mempengaruhi hasil penelitian.

6.2 Saran

Berdasarkan simpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran yang dapat diberikan sebagai berikut :

1. Bagi kepala ruangan, perawat pelaksana dan dokter terkait perlu memberikan evaluasi lebih lanjut tentang keefektifan prosedur tindakan dengan memperhatikan aspek lain terkait keberhasilan tujuan sehingga dapat dijadikan acuan pada pelaksanaan tindakan selanjutnya.
2. Bagi perawat pelaksana di ruang rawat inap bedah perlu memberikan asuhan keperawatan berkelanjutan terkait manajemen nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi bahwa selain penggunaan skin traksi, pemberian obat juga perlu diperhatikan melalui observasi.
3. Bagi peneliti selanjutnya perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri yang lebih kompleks dengan menggunakan desain dan instrumen penelitian yang lebih akurat serta memperhatikan jumlah responden dan beberapa faktor resiko lain yang bisa mempengaruhi tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi agar dapat diperoleh hasil penelitian yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, Ahmad. 2011. *Validitas VAS*. Diakses 10 Januari 2012. <<http://ortotik-prostetik/2011/11/validitas-vas-basuki-2008-dikutip-oleh.html>>.
- Amirin, Irsyad Jelang. 2011. *Penggunaan skin traksi pada fraktur colum femoralis sinistra*. FIK UNMUH Surakarta. Skripsi Tidak Dipublikasikan
- Anderson GH, Harper WM, Connoly CD, Badham, et al. 1993. Preoperative skin traction for fractures of the proximal femur. *J Bone Joint Surg Br.*;75,794-6.
- Ariani, Fruriolina (ed). 2009. *Buku ajar praktik keperawatan klinis Kozier & Erb*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Arikunto, S. 2007. *Prosedur penelitian suatu pedekatan praktik*. Edisi revisi VI. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 129-131.
- Arikunto, S. 2009. *Manajemen penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 56-58.
- Boonstra, Anne M.; Schiphorst Preuper, Henrica R.; Reneman, Michiel F.; Posthumus, Jitze B.; Stewart, Roy E. 2008. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. *International Journal of Rehabilitation Research*:Volume 31(2) pp 165-169.
- Carpenito, L. 2009. *Buku asuhan keperawatan (terjemahan)*. Jakarta: EGC
- Christoph H. Kindler, MD, Christoph Harms, MD, Felix Amsler, lic., phil, Thomas Ihde-Scholl, MD, and Daniel Scheidegger, MD. 2000. The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Preoperative Anxiety and Detection of Patients' Anesthetic Concerns. *Anesthesia Analgesia*; 90:706 – 12
- Freudenrich, C. 2007. *How Pain Works*. diakses 10 november 2011. <<http://www.howstuffworks.com/enlarge-terms=pain+pathway&page=0>>.
- Guyton, Arthur C dan John E, Hall. 1997. *Buku ajar fisiologi kedokteran*. Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2008. *Metode Penelitian Keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta: Salemba Medika
- Handaya, Yuda. 2011. *Tentang fraktur tulang*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jerre R, Doshé A, Karlsson J. 2000. Preoperative skin traction in patients with hip fractures is not useful. *Clin Orthop Relat Res*. 169-73. [PMID:

10986991]

- Koval KJ. 2001. Preoperative skin traction was not useful for hip fractures. *J Bone Joint Surg Am.*; 83(2):303.
- Long, C.B 1996., *Medical surgical nursing*, Bandung: Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Bandung, hal : 101-112.
- Macintyre, PE dan Ready, LB. 2001. *Acute Pain Management : A Practical Guide*. London : Saunders
- Madni, AA ed al. 2009. To find out the effectiveness of skin traction in reducing pain in patients with hip fracture prior to undergoing surgical intervention. *The journal of Pakistan othopaedic association*. Vol 20 no 1.
- Mansjoer, A. 2005. *Kapita selekta kedokteran*. Jakarta: Media Aescupalis, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hal 243-249, 261-264.
- Muttaqin, Arif. 2008. *Buku ajar asuhan keperawatan dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan keperawatan gangguan sistem muskuloskeletal. buku ajar*. Jakarta: ECG.
- Notoatmojo, S. 2002. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 70-72,79-82,156-158.
- Nursalam dan Pariani, S. 2001. *Pendekatan praktis metodologi riset keperawatan*. Jakarta: CV Sagung Seto, hal: 87.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal 85,89-93,119-120.
- Parker MJ, Handoll HH. 2006. Pre-operative traction for fractures of the proximal femur in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. Jul 19;3:CD000168.
- Paul S. Myles, MBBS, MPH, MD, FFARCSI, FANZCA, Sally Troedel, MBBS, Michael Boquest, MBBS, and Mark Reeves, MBBS . 1999. The Pain Visual Analog Scale: Is It Linear or Nonlinear?. *Department of Anaesthesia and Pain Management, Alfred Hospital, Prahan, Victoria, Australia*
- Potter dan Perry. 2006. *Fundamental of nursing : concepts, proses and practice*, USA : mosby incompany, Hal,: 1153-1188.
- Prasetyo, Sigit Nian. 2010. *Konsep dan proses keperawatan nyeri*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Price, A. Sylvia dan Wilson. M. Lorraine. 2006. *Patofisiologi*. Volume 2. Jakarta: EGC
- Priharjo, R. 2003. *Perawatan nyeri, pemenuhan kebutuhan istirahat*. Jakarta:EGC
- Rahmasari, Ikrima. 2008. *Pengaruh ROM secara dini terhadap kemampuan ADL pasien post operasi fraktur femur di RSUI Kustati Surakarta*. FIK UNMUH Surakarta. Skripsi Tidak Dipublikasikan.
- Resch S, Bjärnetoft B, Thorngren KG. 2005. Preoperative skin traction or pillow nursing in hip fractures: a prospective, randomized study in 123 patients. *Disabil Rehabil.*;27:1191-5
- Rosen JE, Chen FS, Hiebert R, Koval KJ. 2001. Efficacy of pre-operative skin traction in hip fractures: a prospective randomised study. *J Orthop Trauma.*;15:81-5.
- Rospon, M., 2009. *Penilaian nyeri*. Lyrawati (ed). Jakarta: EGC.
- Saygi, Baransel M.D., Korhan Ozkan, M.D., Engin Eceviz, M.D., Cihangir Tetik, M.D., dan Cengiz Sen, M.D. 2010. Skin Traction and Placebo Effect in the Preoperative Pain Control of Patients with Collum and Intertrochanteric Femur Fractures. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases*;68(1):15-7
- Shabat S, Gepstein R, Mann G, et al. 2002. Deep skin slough following skin traction for hip fractures. *J Tissue Viability.*;12(3):108-12.
- Smelthzer dan Bare. 2002. *Buku ajar keperawatan medikal bedah* Brunner dan Suddarth. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Tamsuri, Anas. 2006. *Konsep dan penatalaksanaan nyeri*. Jakarta: EGC. hal : 55-57.
- Union Physial, 2008 *Physiologi*. diakses 10 november 2011. <<http://physiologyonline.physiology.org/content/23/6/371/expansion.html>>.
- Universitas Sumatra Utara, 2004, *Mekanisme kerja hormon*. diakses 2 november 2011. <<http://library.USU.ac.id/index.php?comjournal=7821&task=vkw>>.
- Yip DHK, Chan CF, Chiu PKY, et al. 2002. Why are we still using pre-operative skin traction for hip fractures? *International Orthopaedics (SICOT).*; 26:361-4.
- _____. 2011. *Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: PSIK UNAIR.



Surabaya, 27 Januari 2012

Nomor : 228 /H3.1.12/PP/2012
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
Direktur RSD Kabupaten Sidoarjo
di –
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Muhammad Hartono
NIM : 131011200
Judul Penelitian : Hubungan Penggunaan Skin Traksi Dengan Tingkat Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Pre Operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Wakil Dekan I

Mira Liharini, S.Kp., M.Kep
197904242006042002

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jl. Mojopahit No. 667 Telepon (031) 8961649. Fax. 8943237

SIDOARJO - Kode Pos 61215

Nomor : 893.3/ 246 /404.6.8/2012
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Jawaban Permohonan
 Penelitian

Sidoarjo, 11 Februari 2012
 Kepada
 Yth. Dekan Fakultas Keperawatan UNAIR
 Kampus C Mulyorejo Surabaya

di

SURABAYA

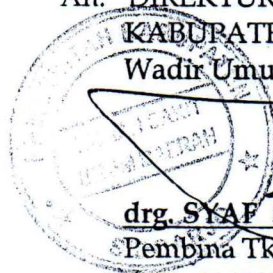
Menindak lanjuti surat Saudara tanggal 27 Januari 2012 nomor : 228/H3.1.12/PP/2012 perihal : tersebut pada pokok surat, bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan dapat menyetujui permohonan ijin Saudara.

Sebagai tindak lanjut Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor : 13 Tahun 2009 Tentang tarif pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo yang menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah, untuk biaya pemanfaatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo sebagai tempat pelatihan, PKL, Penelitian dan lain-lain, maka setiap yang melaksanakan Penelitian dikenakan biaya sebesar Rp. 100.000.- (*Seratus Ribu Rupiah*) per bulan kepada mahasiswa nama:

1. MUHAMMAD HARTONO NIM : 131011200

Demikian untuk menjadikan maklum dan terima kasih atas kerja samanya.

An. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 KABUPATEN SIDOARJO
 Wadir Umum dan Keuangan



drg. SYAF SATRIAWARMAN. Sp. Pros
 Pembina Tk. I

NIP. 19630718 199103 1 004

Lampiran 3

PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Mojopahit No. 667 Telepon (031) 8961649. Fax. 8943237

SIDOARJO - Kode Pos 61215**NOTA - DINAS**

Kepada : Yth. Ka. Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Sidoarjo
Dari : Kepala Bagian Perencanaan RSUD Sidoarjo
Tanggal : 9 Februari 2012
Nomor : 893.3/074 /404.6.8/2012
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Mencukupi surat dari Dekan Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya tanggal 27 Januari 2012 nomor : 228/H3.1.12/PP/2012 serta menindak lanjuti disposisi Wakil Direktur Umum dan Keuangan RSUD Kabupaten Sidoarjo perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini mohon bantuan Saudara untuk memberi Ijin Penelitian di tempat Saudara kepada mahasiswa tersebut dibawah ini:

1. MUHAMMAD HARTONO NIM : 131011200

Demikian untuk menjadikan maklum dan terima kasih atas kerjasamanya.

KABAG PERENCANAAN
Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Sidoarjo



dr. HUSEN BASALAMAH
Penata Tingkat I
NIP. 19601206 199509 1 001

Lampiran 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama saya Muhammad Hartono, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian dengan judul “hubungan penggunaan skin traksi dengan tingkat nyeri pada pasien fraktur femur pre operasi di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo”. Hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dengan mengetahui hubungan penggunaan skin traksi terhadap tingkat nyeri pasien fraktur femur pre operasi.

Penelitian ini bersifat bebas, tidak terikat dan tidak mempunyai dampak yang fatal terhadap kesehatan. Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/i untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah saya persiapkan dengan sejujur-jujurnya. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan pengisian tanpa nama. Data hanya di sajikan untuk penelitian dan pengembangan ilmu dan tidak digunakan untuk maksud lain. Apabila Bapak/Ibu/Saudara/i sewaktu-waktu tidak berkenan dan menginginkan mundur, maka semua itu menjadi hak responden dan saya tidak akan memaksa.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Atas partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/i dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Sidoarjo, Januari 2012
Hormat saya,

(Muhammad Hartono)

Lampiran 5

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Setelah membaca dan memahami isi penjelasan pada lembar pertama, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Muhammad Hartono, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Saya memahami bahwa penelitian ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan bagi peningkatan pelayanan kesehatan pada umumnya. Oleh karena itu saya atas nama pribadi bersedia menjadi responden dalam penelitian ini dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa saya telah di beri penjelasan dan menyatakan bersedia menjadi responden.

Sidoarjo, Januari 2012
Responden,

(Tanda Tangan)

Lampiran 6

INSTRUMEN PENGUMPULAN DATA

“Hubungan Penggunaan Skin Traksi Dengan Tingkat Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Pre Operasi Di Ruang Rawat Inap RSD Sidoarjo”

Petunjuk Pengisian Kuesioner:

1. Jawablah pertanyaan di bawah ini sesuai dengan petunjuk yang ada.
2. Karena jawaban tidak ada yang dianggap benar atau salah, maka diharapkan jawaban yang anda berikan adalah jawaban anda sendiri dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
3. Mintalah bantuan kepada peneliti jika ada pertanyaan yang belum dimengerti atau kurang jelas.

Kode Responden : (Diisi oleh peneliti)

Tanggal pengisian :

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

Petunjuk Pengisian: Jawablah pertanyaan berikut ini dengan memberikan tanda check list (√) atau silang (x) pada pilihan yang mewakili jawaban anda.

1. Jenis Kelamin
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
2. Agama/ Kepercayaan
 - a. Islam
 - b. Kristen
 - c. Hindu
 - d. Budha
 - e. Kepercayaan Lainnya
3. Usia / Umur
 - a. 20 tahun ke bawah
 - b. 21 – 30 tahun
 - c. 31 – 40 tahun
 - d. 41 tahun ke atas
4. Pendidikan
 - a. SD/ sederajat
 - b. SMP/ sederajat
 - c. SMA/ sederajat
 - d. Akademi/ Perguruan Tinggi
 - e. Tidak Sekolah

5. Pekerjaan

- a. Tidak bekerja
- b. Pelajar/ Mahasiswa
- c. Karyawan/ swasta
- d. Pengusaha/ wiraswasta
- e. PNS

6. Pengalaman Nyeri Masa Lalu

- a. Pernah, nyeri yang dirasakan adalah.....
- b. Tidak Pernah

7. Pengalaman kejadian fraktur atau patah tulang

- a. Pernah, patah tulang
- b. Tidak Pernah

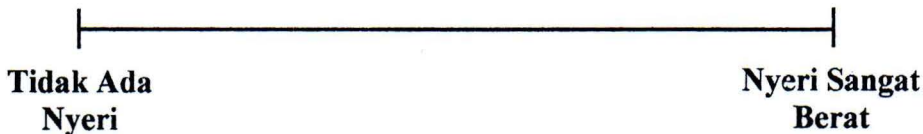
8. Pengalaman mengatasi nyeri fraktur/ patah tulang

- a. Minum obat penghilang rasa sakit
- b. Istirahat/ tidur
- c. Dibiarkan sambil menahan rasa sakit
- d. Lain- lain,

OBSERVASI TINGKAT NYERI

Petunjuk Pengisian: Tunjukkan titik mana nyeri yang anda rasakan saat ini pada garis dibawah ini.

VISUAL ANALOG SKALA (VAS)



Keterangan :

Anda bebas menunjuk titik sepanjang deret garis diatas. Semakin kekanan menunjukkan nyeri semakin hebat/ kuat dan semakin kekiri menunjukkan nyeri semakin ringan.

Skala berupa suatu garis lurus yang panjangnya 10 cm, dengan penggambaran verbal pada masing-masing ujungnya, seperti angka 0 (tanpa adanya nyeri) sampai angka 10 (nyeri terberat). Nilai VAS angka 0 = tidak nyeri, angka 1-3 =

nyeri ringan, angka 4-6 = nyeri sedang, angka 7-9 = nyeri berat, dan angka 10 = nyeri sangat berat.

Skor Tingkat Nyeri:

Wawancara Terstruktur (Penggunaan Skin Traksi dengan Tingkat Nyeri).

No.	Pertanyaan
1.	Apakah saat ini anda masih merasakan nyeri atau sakit pada kaki yang mengalami patah tulang?
2.	Bagaimana menurut anda tentang penggunaan alat ini (skin traksi) terhadap tingkat nyeri yang dirasakan?
3.	Apakah ada perbedaan tingkat nyeri yang anda rasakan sebelum dan sewaktu penggunaan alat ini (skin traksi)?
4.	Pada saat apakah anda merasa nyeri pada kaki yang patah?
5.	Bagaimana posisi yang nyaman menurut anda untuk mengurangi nyeri?

Lampiran 7

**STANDART OPERASIONAL PROSEDUR
MEMASANG SKIN TRAKSI**

1. Pengertian

Memasang skin traksi adalah upaya untuk membatasi gerak/ mengistirahatkan anggota gerak yang terjadi patah tulang.

2. Tujuan

Untuk memberikan rasa nyaman dan mengurangi rasa sakit pada pasien sebelum tindakan operasi.

3. Kebijakan

- a. Petugas yang melaksanakan adalah dokter ahli atau perawat yang mengerti, memahami dan kompeten dalam pemasangan skin traksi.
- b. Dilakukan pada pasien yang mengalami patah tulang anggota gerak bagian bawah terutama patah tulang paha.

4. Prosedur

a. Kriteria persiapan

1) Persiapan alat

- a) Skin traksi set dengan ukuran sesuai kebutuhan
- b) Kassa
- c) Gunting
- d) Verband/ tensocrap

2) Persiapan pasien

- a) Diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan.
- b) Posisi pasien diatur sesuai kebutuhan.

b. Kriteria pelaksanaan

- 1) Cuci tangan.
- 2) Mengukur/ observasi awal vaskularisasi daerah yang mengalami patah tulang.
- 3) Mengukur skin traksi sesuai kebutuhan.
- 4) Petugas I mengangkat daerah yang akan dipasang skin traksi dan mempertahankan posisi anggota gerak yang patah dengan posisi anatomis tubuh.
- 5) Petugas II merekatkan skin traksi sesuai ukuran mulai dari mata kaki hingga pada daerah patah tulang.
- 6) Memberi kassa pada tulang yang menonjol seperti mata kaki dan lutut sebelum skin traksi direkatkan.
- 7) Menggulung skin traksi dengan verban/ tensocrap.
- 8) Mengatur posisi pasien dan mengobservasi ulang vaskularisasi setelah pemasangan.
- 9) Memasang beban traksi 4-5 Kg.
- 10) Cuci tangan.
- 11) Mencatat dalam dokumentasi.

5. Unit Terkait

- a. IGD
- b. OK/ RR
- c. Semua Unit Rawat Inap

(SOP RSUD SIDOARJO 2010)

Lampiran 8

Lembar Rekapitulasi Pengumpulan Data Penelitian

No. Resp	Data Demografi Responden											Penggunaan Skin Traksi	Tingkat Nyeri
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	1	1	4	1	3	1	1	2	2	1	3	2	2
2	1	1	1	1	1	2	1	3	2	2	3	2	1
3	1	1	1	3	2	1	1	1	2	1	2	2	2
4	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1
5	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1
6	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	2	2	2
7	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	2	3	1
8	2	1	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	2
9	2	1	2	2	3	1	1	3	1	1	2	1	2
10	2	1	3	3	5	1	1	4	2	1	3	3	2
11	1	1	2	4	3	2	1	4	1	1	3	3	3
12	1	1	2	4	3	1	1	4	2	1	2	2	2
13	2	1	4	1	1	1	1	3	2	2	2	2	1
14	1	1	3	3	3	1	2	4	2	2	2	2	1
15	2	1	3	1	3	1	2	4	1	1	3	2	3
16	1	1	4	2	1	1	1	3	2	1	2	2	1
17	1	1	3	4	3	1	2	1	2	1	2	2	2
18	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1
19	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	2	1	1
20	1	1	2	3	3	1	2	1	1	1	3	3	1
21	1	1	3	4	3	1	1	1	2	1	3	2	2
22	2	1	4	2	3	1	2	2	2	2	2	2	1
23	2	1	3	2	5	1	2	3	2	2	2	2	2

Ket:**Data Demografi Responden**

1. Jenis Kelamin :
 1. laki-laki
 2. perempuan
2. Agama :
 1. islam
 2. kristen
 3. hindu
 4. budha
 5. lainnya
3. Usia:
 1. 20 th ke bawah
 2. 21-30 th
 3. 31-40 th
 4. 41 th ke atas
4. Pendidikan :
 1. SD/ sederajat
 2. SMP/ sederajat
 3. SMA/ sederajat
 4. akademi/PT
 5. tdk sekolah
5. Pekerjaan :
 1. tdk bekerja
 2. pelajar/ mahasiswa
 3. karyawan/ swasta
 4. wiraswasta
 5. PNS
6. Pengalaman Nyeri :
 1. pernah
 2. tdk pernah
7. Pengalaman Fraktur :
 1. pernah
 2. tdk pernah
8. Cara Atasi Nyeri Fraktur :
 1. minum obat nyeri
 2. istirahat/tidur
 3. dibiarkan saja
 4. lainnya
9. Klasifikasi Fraktur Femur :
 1. intrakapsuler
 2. ekstrakapsuler
10. Jenis Fraktur Femur :
 1. close fraktur
 2. open fraktur
11. Obat Anti Nyeri :
 1. oral
 2. injeksi
 3. kombinasi oral dan injeksi

Variabel Penelitian**Penggunaan Skin Traksi :**

1. tanpa tahanan dg posisi kaki lurus
2. tahanan 1-2 bantal dg posisi kaki abduksi
3. penahan khusus dg posisi kaki abduksi

Tingkat Nyeri :

1. nyeri ringan
2. nyeri sedang
3. nyeri berat

Lampiran 9

Frequencies

Statistics

	jenis_kelamin	agama	usia	pendidikan	pekerjaan	pengalaman_nyeri	pengalaman_fraktur	cara_atasi_nyeri_fraktur	klasifikasi_fraktur_femur	jenis_fraktur_femur	obat_anti_nyeri	penggunaan_skin_traksi	tingkat_nyeri
	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table (Data Demografi Responden)

jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	15	65.2	65.2	65.2
	perempuan	8	34.8	34.8	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	islam	23	100.0	100.0	100.0

usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20 th ke bawah	8	34.8	34.8	34.8
	21-30 th	5	21.7	21.7	56.5
	31-40 th	6	26.1	26.1	82.6
	41 th ke atas	4	17.4	17.4	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD/ sederajat	4	17.4	17.4	17.4
	SMP/ sederajat	8	34.8	34.8	52.2
	SMA/ sederajat	7	30.4	30.4	82.6
	akademi/PT	4	17.4	17.4	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tdk bekerja	3	13.0	13.0	13.0
	pelajar/ mahasiswa	7	30.4	30.4	43.5
	karyawan/ swasta	11	47.8	47.8	91.3
	PNS	2	8.7	8.7	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

pengalaman_nyeri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pernah	16	69.6	69.6	69.6
tdk pernah	7	30.4	30.4	100.0
Total	23	100.0	100.0	

pengalaman_fraktur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pernah	4	17.4	17.4	17.4
tdk pernah	19	82.6	82.6	100.0
Total	23	100.0	100.0	

cara_atasi_nyeri_fraktur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid minum obat	9	39.1	39.1	39.1
istirahat/tidur	4	17.4	17.4	56.5
dibiarkan saja	5	21.7	21.7	78.3
lainnya	5	21.7	21.7	100.0
Total	23	100.0	100.0	

klasifikasi_fraktur_femur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid intrakapsuler	5	21.7	21.7	21.7
ekstrakapsuler	18	78.3	78.3	100.0
Total	23	100.0	100.0	

jenis_fraktur_femur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid close fraktur	17	73.9	73.9	73.9
open fraktur	6	26.1	26.1	100.0
Total	23	100.0	100.0	

obat_anti_nyeri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid injeksi	16	69.6	69.6	69.6
kombinasi oral dan injeksi	7	30.4	30.4	100.0
Total	23	100.0	100.0	

Frequency Table (Variabel Penelitian)

penggunaan_skin_traksi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tanpa tahanan dg posisi kaki lurus	4	17.4	17.4	17.4
	tahanan 1-2 bantal dg posisi kaki abduksi	15	65.2	65.2	82.6
	penahan khusus dg posisi kaki abduksi	4	17.4	17.4	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

tingkat_nyeri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nyeri ringan	11	47.8	47.8	47.8
	nyeri sedang	10	43.5	43.5	91.3
	nyeri berat	2	8.7	8.7	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
penggunaan_skin_traksi * tingkat_nyeri	23	100.0%	0	.0%	23	100.0%

penggunaan_skin_traksi * tingkat_nyeri Crosstabulation

			tingkat_nyeri			Total
			nyeri ringan	nyeri sedang	nyeri berat	
penggunaan_skin_traksi	tanpa tahanan dg posisi kaki lurus	Count	2	2	0	4
		% within penggunaan_skin_traksi	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
	tahanan 1-2 bantal dg posisi kaki abduksi	Count	7	7	1	15
	% within penggunaan_skin_traksi	46.7%	46.7%	6.7%	100.0%	
	penahan khusus dg posisi kaki abduksi	Count	2	1	1	4
	% within penggunaan_skin_traksi	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%	
Total		Count	11	10	2	23
		% within penggunaan_skin_traksi	47.8%	43.5%	8.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.042 ^a	4	.728
Likelihood Ratio	2.036	4	.729
Linear-by-Linear Association	.290	1	.590
N of Valid Cases	23		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.115	.217	.530	.602 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.074	.219	.341	.737 ^c
N of Valid Cases	23			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.


Lampiran 11

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama Mahasiswa : MUHAMMAD HARTONO

NIM : 131011200

Nama Pembimbing : Harmayetty, S.Kp, M.Kes






NO	TANGGAL	SARAN & PERTIMBANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.		konsul revisi proposal → perbaiki sesuai saran dan lanjutkan penelitian	
2.		konsul Bab 5, 6 → perbaiki sesuai saran	
3.		konsul semua bahan skripsi → persiapkan untuk ujian	

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama Mahasiswa : MUHAMMAD HARTONO

NIM : 131011200

Nama Pembimbing : Sukma Randani Ismono, S.Kep., Ns.

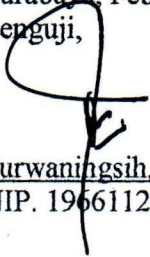
NO	TANGGAL	SARAN & PERTIMBANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.		konsul revisi proposal → perbaiki sesuai saran dan lanjutkan penelitian	
2.		konsul hasil penelitian → susun Bab 5 dan Bab 6	
3.		konsul Bab 5 dan Bab 6 → perbaiki sesuai saran	
4.		konsul semua bahan skripsi → perbaiki abstrak.	
5.		konsul ulang semua bahan skripsi → Siapkan untuk maju ujian	

LEMBAR KONSULTASI REVISI SKRIPSI

Nama Mahasiswa : MUHAMMAD HARTONO
 NIM : 131011200
 Nama Penguji : 1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes.
 2. Harmayetty, S.Kp, M.Kes.
 3. Sukma Randani Ismono, S.Kep., Ns.

NO.	BAGIAN/ BAB	SARAN PERBAIKAN	HASIL REVISI	TANDA TANGAN
1.	Bab 4	- Perjelas cara pengumpulan dan analisa data	Sudah revisi	
2.	Bab 5	- Sesuaikan isi gambaran umum lokasi penelitian dengan variabel penelitian - Beri keterangan dg menghubungkan data demografi ~ variabel penelitian - Data di homogenkan sesuai penggunaan obat	Sudah revisi Sudah revisi Sudah revisi	
3.	Bab 6	- Simpulan dan Saran	Sudah revisi	

Surabaya, Februari 2012
 Penguji,


Purwaningsih, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 19661121 200003 2 001

LEMBAR KONSULTASI REVISI SKRIPSI

Nama Mahasiswa : MUHAMMAD HARTONO
 NIM : 131011200
 Nama Penguji : 1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes.
 2. Harmayetty, S.Kp, M.Kes.
 3. Sukma Randani Ismono, S.Kep., Ns.

NO.	BAGIAN/ BAB	SARAN PERBAIKAN	HASIL REVISI	TANDA TANGAN
1.	Abstrak	Sistematika penulisan	Sudah revisi	
2.	Ucapan terima kasih	- tambahkan untuk wadek II, III	Sudah revisi	
3.	penyajian data Bab 5	- sesuaikan variable penelitian	Sudah revisi	
4.	Bab 6	kesimpulan di per-tajam	Sudah revisi	
5.	Hasil rekap data	Di kelompokkan jadi satu lampiran	Sudah revisi	


Surabaya, Februari 2012
 Penguji,

Harmayetty

Harmayetty, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 19700410 200012 2 001


LEMBAR KONSULTASI REVISI SKRIPSI

Nama Mahasiswa : MUHAMMAD HARTONO
 NIM : 131011200
 Nama Penguji : 1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes.
 2. Harmayetty, S.Kp, M.Kes.
 3. Sukma Randani Ismono, S.Kep., Ns.

NO.	BAGIAN/ BAB	SARAN PERBAIKAN	HASIL REVISI	TANDA TANGAN
1.	Bab 4	- Definisi operasional - Analisa data ganti Chi-Square	sudah revisi sudah revisi	
2.	Bab 5	- Pembahasan di-tambah teorinya - Cantumkan hasil tabulasi silang	sudah revisi sudah revisi	
3.	Lampiran	- Rekap data di-peringkat dan ringkas sesuai D.O	sudah revisi	

Surabaya, Februari 2012

Penguji,



Sukma Randani Ismono, S.Kep., Ns.
 NIK. 139080790