

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Fraktur**

##### **1. Pengertian**

Fraktur adalah kerusakan pada lempeng pertumbuhan, tulang rawan, dan kontinuitas struktur tulang, baik yang disebabkan oleh trauma maupun tidak. Kecelakaan, tekanan berulang, dan kelemahan tulang yang tidak normal (patah tulang patologis) adalah kemungkinan penyebab kejadian patah tulang (Djamil *et al.*, 2017)

Fraktur tertutup adalah fraktur yang tidak ada hubungannya dengan dunia luar. Fraktur terbuka melibatkan patah tulang yang meluas melalui kulit dan otot, menimbulkan risiko infeksi (Rozi, Tekwan and Nugroho, 2021)

##### **2. Etiologi**

Penyebab fraktur dapat dibedakan menjadi (Wijaya, 2021) :

###### **a. Cedera Traumatik**

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh :

- 1) Cedera langsung, yaitu pukulan langsung pada tulang yang menyebabkan tulang patah secara alami;
- 2) Cedera tidak langsung, yang mengacu pada pukulan langsung yang terjadi jauh dari benturan, seperti ketika seseorang jatuh dengan tangan terentang dan tulang selangka patah.

- 3) Patah tulang yang disebabkan oleh otot yang kuat berkontraksi dengan keras
- b. Fraktur Patologik

Kerusakan tulang akibat proses penyakit dengan trauma minor mengakibatkan :

- 1) Tumor tulang adalah pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkontrol pada tulang;
- 2) Infeksi seperti osteomyelitis dapat terjadi secara tiba-tiba atau seiring waktu;
- 3) Rakitosis secara spontan disebabkan oleh tekanan tulang yang konstan.

### 3. Klasifikasi Fraktur

Klasifikasi Fraktur menurut yaitu (Sembiring, 2022):

- a. Berdasarkan sifat fraktur (luka yang ditimbulkan).
  - 1) Patah tulang tertutup disebut juga patah tulang bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi jika tidak ada hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar.
  - 2) Fraktur Terbuka. Jenis fraktur ini terjadi ketika cedera kulit menghubungkan fragmen tulang ke dunia luar..
- b. Berdasarkan komplisit atau ketidakkomplitan fraktur.
  - 1) Fraktur komplisit, bila garis patahan melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang.
  - 2) Fraktur inkomplisit, bila garis patah tidak melalui seluruh penampang tulang seperti:
    - a) *Hairline Fraktur*/stress fraktur adalah salah satu jenis fraktur tidak lengkap pada tulang. Hal ini dapat digambarkan dengan garis sangat kecil atau retak pada tulang, ini biasanya terjadi di tibia, metatarsal (tulang kaki), dan walau

tidak umum kadang bias terjadi pada tulang femur.

b) *Buckle* atau *Torus Fracture*, bila terjadi lipatan dari satu korteks dengan kompresi tulang spongiosa dibawahnya.

c) *Green Stick Fracture*, mengenai satu korteks dengan angulasi korteks lainnya yang terjadi pada tulang panjang.

c. Berdasarkan bentuk garis patah dan hubungannya dengan mekanisme trauma.

1) Fraktur Transversal: fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung.

2) Fraktur Oblik: fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat trauma angulasi juga.

3) Fraktur Spiral: fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi.

4) Fraktur Kompresi: fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleksi yang mendorong tulang ke arah permukaan lain.

5) Fraktur Avulsi: fraktur yang diakibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insersinya pada tulang.

d. Berdasarkan jumlah garis patah.

1) Fraktur Komutif: fraktur dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.

2) Fraktur Segmental: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.

3) Fraktur Multipel: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.

- e. Berdasarkan pergeseran fragmen tulang.
- 1) *Fraktur Undisplaced* (tidak bergeser): garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dan periosteum masih utuh.
  - 2) *Fraktur Displaced* (bergeser): terjadi pergeseran fragmen tulang yang juga disebut lokasi fragmen, terbagi atas:
    - a) *Dislokasi ad longitudinam cum contractionum* (pergeseran searah sumbu dan overlapping).
    - b) *Dislokasi ad axim* (pergeseran yang membentuk sudut).
    - c) *Dislokasi ad latus* (pergeseran dimana kedua fragmen saling menjauh).
- f. Berdasarkan posisi fraktur Sebatang tulang terbagi menjadi tiga bagian:
- 1) 1/3 proksimal
  - 2) 1/3 medial
  - 3) 1/3 distal
- g. Fraktur Kelelahan : fraktur akibat tekanan yang berulang-ulang.
- h. Fraktur Patologis : fraktur yang diakibatkan karena proses patologis tulang.
- Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:
- 1) Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
  - 2) Tingkat 1: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
  - 3) Tingkat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
  - 4) Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan

ancaman sindroma kompartemen.

#### 4. Manifestasi Klinis

Gejala klinis klien, riwayat medis, pemeriksaan fisik, dan temuan radiologi harus dipertimbangkan saat membuat diagnosis fraktur. Berikut ini adalah tanda dan gejala patah tulang (Djamil *et al.*, 2017):

a. Deformitas

Di lokasi fraktur, pembengkakan akibat perdarahan lokal dapat menyebabkan kelainan bentuk. Angulasi, kelainan bentuk rotasi, atau pemendekan anggota tubuh semuanya dapat disebabkan oleh kejang otot. Situs fraktur mungkin sangat cacat dibandingkan dengan sisi yang sehat.

b. Pembengkakan

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

c. Memar

Memar terjadi karena pendarahan subkutan pada lokasi fraktur.

d. Spasme otot

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

e. Nyeri

Nyeri akan selalu menyertai fraktur jika klien sehat secara neurologis; intensitas dan keparahan nyeri akan bervariasi dari klien ke klien. Sebagian besar waktu, nyeri konstan dan memburuk saat fraktur dipindahkan. Hal ini disebabkan oleh spasme otot, fragmen fraktur yang tumpang tindih, atau kerusakan pada struktur di sekitarnya.

f. Ketegangan

Ketegangan diatas lokasi fraktur disebabkan oleh cedera yang terjadi.

g. Kehilangan fungsi

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

h. Gerakan abnormal dan krepitasi

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

i. Perubahan neurovaskuler

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

j. Syok

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

## 5. Patofisiologi

Fraktur pada tulang biasanya disebabkan pada trauma gangguan adanya gaya dalam tubuh yaitu stres, gangguan fisik, gangguan metabolik patologik, kemampuan otot mendukung tulang turun, baik yang terbuka ataupun tertutup. Kerusakan pembuluh darah akan mengakibatkan perdarahan, maka volume darah menurun. COP ( *Cardiac Output* ) menurun maka terjadi perubahan perfusi jaringan. Hematoma akan mengeksudasi plasma dan poliferasi menjadi edem lokal maka penumpukan didalam tubuh. Fraktur terbuka atau tertutup akan mengenai serabut saraf yang dapat

menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Selain itu, dapat mengenai tulang dan terjadi neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu (Rozi, Tekwan and Nugroho, 2021)

## 6. Penatalaksanaan

Konsep dasar penatalaksanaan fraktur yaitu (Sembiring, 2022) :

### a. Fraktur Terbuka

Merupakan kasus emergensi karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdarahan yang hebat dalam waktu 6-8 jam (*golden period*). Kuman belum terlalu jauh meresap dilakukan: Pembersihan luka, eksisi jaringan mati atau debridement, hecting situasi dan pemberian antibiotic.

### b. Seluruh fraktur. Rekognisi (Pengenalan). Riwayat kejadian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya.

1) Reduksi (Reposisi) terbuka dengan fiksasi interna (*Open Reduction and Internal Fixation/ORIF*). adalah upaya mengembalikan fragmen tulang ke keadaan optimalnya melalui manipulasi. Mengembalikan fragmen tulang ke posisi semula juga dapat diartikan sebagai reduksi fraktur (pengaturan tulang).

2) Reduksi tertutup dengan fiksasi eksterna (*Open Reduction and Enternal Fixation/ORIF*), digunakan untuk mengobati fraktur terbuka yang rusak jaringan lunak. Gips, belat, atau perangkat lain digunakan untuk menahan sementara ekstremitas pada tempatnya. Untuk tujuan penyembuhan tulang, alat imobilisasi ini akan menjaga reduksi dan menstabilkan anggota gerak. Saat secara aktif merawat jaringan lunak yang hancur, perangkat ini akan memberikan dukungan

yang stabil untuk fraktur kominutif (remuk dan hancur)

- 3) Retensi (Immobilisasi). Upaya dilakukan untuk mengembalikan fragmen tulang ke kondisi optimalnya. Fragmen tulang harus dimobilisasi, atau dipertahankan dalam posisi sejajar yang tepat, sampai penyatuan terjadi setelah fraktur direduksi. Fiksasi eksternal, seperti pembalut, gips, bidai, traksi terus menerus, teknik pin dan gips, atau fiksator eksternal, dapat digunakan untuk melumpuhkan seseorang. Fiksasi internal, yang berfungsi sebagai bidai internal untuk melumpuhkan fraktur, dapat dilakukan dengan implan logam.
- 4) Graf tulang, khususnya penggantian jaringan tulang untuk tujuan menstabilkan sendi, mengisi lubang, atau mempercepat penyembuhan. Jenis cangkok yang digunakan ditentukan oleh luasnya luka, keadaan tulang, dan lokasi luka. Autograft, juga dikenal sebagai cangkok tulang, dapat dimanfaatkan.
- 5) Rehabilitasi merupakan upaya fisioterapi untuk menghindari kontraktur dan atrofi. Sesuai kebutuhan, reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan. Kondisi sistem saraf (misalnya: Kaji sirkulasi, nyeri, sentuhan, dan gerakan) dipantau, dan setiap tanda gangguan neurovaskular segera dilaporkan ke ahli bedah ortopedi. Berbagai metode (seperti meyakinkan, mengubah posisi, tahapan pereda nyeri, termasuk analgesia) dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan dan ketidaknyamanan. Latihan isometrik dan pengaturan otot diharapkan dapat mengurangi atrofi kelelahan dan meningkatkan aliran darah. Tujuan berpartisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari-hari adalah untuk meningkatkan harga diri dan kemandirian. Kunjungan ulang yang lambat dari gerakan pertama dilakukan dengan titik-titik batas yang membantu.



## **7. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang menurut (NANDA NIC NOC, 2015) meliputi :

- a. X- ray, menentukan lokasi/luasnya fraktur
- b. Scan tulang, memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak
- c. Arteriogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler
- d. Hitung darah lengkap, hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan, peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan
- e. Kreatinin trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal
- f. Profil koagulasi perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi atau cedera hati.

## **B. Konsep Dasar Nyeri**

### **1. Pengertian Nyeri**

Nyeri merupakan pengalaman manusia yang paling kompleks dan merupakan fenomena yang dipengaruhi oleh interaksi antara emosi, perilaku, kognitif dan faktor-faktor sensori fisiologi. Nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian yang dilukiskan dengan istilah kerusakan (Kemenkes, 2022).

Menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah fenomena multifaset yang mencakup perasaan emosional individu selain respons fisik atau mental. Penderitaan seseorang atau seseorang dapat menjadi alasan utama untuk mencari perhatian medis, dan juga dapat menjadi alasan untuk mencari bantuan medis. Kenyamanan bagi setiap individu pasti menyenangkan. Penderita perlu merasakan sakit. Suatu kondisi yang dikenal sebagai nyeri adalah keadaan tidak nyaman yang disebabkan oleh kerusakan jaringan di lokasi tertentu. (Suryani and Soesanto, 2020). Sehingga dari pernyataan diatas, nyeri adalah suatu stimulus yang tidak menyenangkan dan sangat kompleks yang dapat diamati secara verbal maupun nonverbal.

### **2. Fisiologis Nyeri**

Kehadiran reseptor dan rangsangan terkait erat dengan sensasi nyeri. Nociceptor Nociceptors adalah ujung saraf bebas yang tersebar di seluruh kulit dan mukosa, terutama di jeroan, sendi, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Ujung saraf ini

kekurangan mielin atau hampir tidak memilikinya. Jika reseptor nyeri merangsang serabut saraf perifer aferen, seperti serabut A-delta dan C, nyeri dapat dirasakan. Karena mengandung myelin, serat dapat dengan cepat menyampaikan rasa sakit, menghasilkan sensasi tajam, mengidentifikasi sumber rasa sakit dengan jelas, dan mengukur intensitasnya. Karena ukurannya yang kecil dan kurangnya myelin, serat C tidak dapat mengirimkan impuls lokal dan kontinu visceral. Mediator biokimia yang terlibat dalam respon nyeri akan dilepaskan ketika serat C dan A-delta dari perifer distimulasi. Mediator biokimia ini meliputi: potasium dan prostaglandin, keduanya akan dilepaskan saat jaringan rusak. Korne dorsal medula spinalis akan menjadi tujuan akhir stimulus nyeri yang berlanjut sepanjang serabut saraf aferen. Neurotransmitter seperti substansi P dilepaskan di tanduk dorsal, memicu transmisi sinaptik dari saraf tepi ke saraf saluran tulang belakang, di mana informasi ditransmisikan dengan cepat ke thalamus (Suryani and Soesanto, 2020)

### **3. Klasifikasi Nyeri**

Secara umum klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis (Muhsinah, Keperawatan and Kendari, 2020) :

#### **a. Nyeri Akut**

Nyeri akut biasanya memanifestasikan dirinya secara tiba-tiba dan sering dikaitkan dengan cedera tertentu. Nyeri pascaoperasi, misalnya, merupakan tanda kerusakan jaringan dan merupakan respons biologis terhadap cedera. Nyeri akut biasanya mereda setelah kerusakan jaringan diperbaiki, meskipun nyeri tidak disebabkan oleh

penyakit sistemik. Dalam kebanyakan kasus, nyeri akut terjadi dalam waktu kurang dari satu bulan atau kurang dari enam bulan (de Boer, 2018).

#### b. Nyeri Kronis

Nyeri yang berlangsung dalam waktu lama, baik konstan atau intermiten, dianggap kronis. Cedera atau kondisi yang menyebabkan nyeri terus-menerus atau berulang selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun tidak selalu dapat dikaitkan dengan penyebab nyeri akut, yang berlangsung di luar penyembuhan yang diharapkan. Nyeri yang berlangsung lebih dari enam bulan dianggap kronis oleh beberapa peneliti (de Boer, 2018).

### **4. Respon Tubuh Terhadap Nyeri**

Setelah mengalami nyeri, respon fisiologis dan perilaku dikenal sebagai reaksi nyeri. Cara orang bereaksi terhadap rasa sakit berbeda untuk setiap orang (de Boer, 2018).

#### a. Respons Fisiologi

Dibandingkan dengan penjelasan verbal pasien, perubahan fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat. Keluhan ketidaknyamanan secara verbal harus diganti dengan respons fisiologis dalam kasus pasien yang tidak sadar (de Boer, 2018).

#### b. Respons Perilaku

Pasien menunjukkan berbagai respons perilaku, seperti pernyataan verbal, perilaku vokal, ekspresi wajah, gerakan tubuh, kontak fisik dengan orang lain, dan perubahan respons terhadap lingkungan (Aydede, 2017).

### **5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi**

Nyeri merupakan sesuatu yang rumit dan banyak faktor yang memengaruhi pengalaman nyeri seseorang. Menurut (Smeltzer & Bare, 2015) variabel berikut yang mempengaruhi respon nyeri:

a. Usia

Nyeri secara signifikan dipengaruhi oleh usia, terutama pada anak-anak dan orang tua. Anak-anak kecil mengalami kesulitan memahami dan mengungkapkan rasa sakit..

b. Budaya

Persepsi seseorang tentang rasa sakit dan kemampuan untuk mengatasinya dipengaruhi oleh sikap dan nilai budaya mereka. Ini termasuk bagaimana menangani penderitaan.

c. Ansietas

Nyeri biasanya bertambah parah saat seseorang cemas. Sistem limbik terlibat dalam regulasi emosional stimulan nyeri. Respons emosional terhadap rasa sakit, seperti meningkatkan rasa sakit atau meredakannya, dapat diatur oleh sistem limbik.

d. Pengalaman Sebelumnya

Rasa sakit adalah sesuatu yang dipelajari setiap orang. Dengan asumsi seseorang sering mengalami gangguan yang sama dan gangguan tersebut terasa lebih baik secara efektif, orang tersebut akan benar-benar ingin mengetahui lebih banyak rasa sakit. Klien lebih siap untuk menghadapi ketidaknyamanan sebagai hasilnya. Jika klien belum pernah merasakan nyeri sebelumnya, nyeri pertama dapat membuat penanganan nyeri menjadi sulit.

e. Efek Plasebo

Efek plasebo Seseorang mengalami efek plasebo ketika mereka percaya bahwa pengobatan atau prosedur akan memberikan efek. Apakah Anda ingin mencari pengobatan atau mengendalikan situasi Anda, ini sangat membantu.

## 6. Pengkajian Nyeri

Nyeri dapat dinilai dengan memahami fitur (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap, yaitu sebagai berikut (Ramadhan, Inayati and Ludiana, 2021) :

### 1. *Provocates/palliates* (P)

Informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan dan meningkatkan nyeri (Pinzon, 2016).

### 2. *Quality* (Q)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang dirasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, panas, ditusuk, dan sebagainya (Pinzon, 2016).

### 3. *Region* (R)

Mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan pasien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri (Pinzon, 2016).

### 4. *Severity* (S)

Mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien, biasanya menggunakan rentang skala dan derajat nyeri dari 1-10 yaitu dari nyeri ringan, sedang dan berat (Pinzon, 2016).

### 5. *Time* (T)

Mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan “sejak kapan merasakan nyeri?”, “ sudah merasa nyeri berapa lama?” (Sulistyo, 2016).

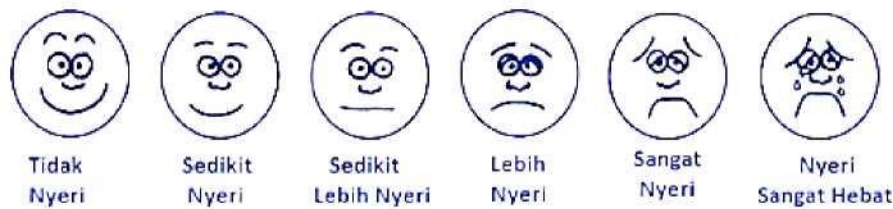
## 7. Pengukuran Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan representasi dari tingkat nyeri individu; namun, penilaian intensitas nyeri sangat personal dan subyektif, dan dua orang mungkin mengalami tingkat nyeri yang sama dengan cara yang sangat berbeda (Suryani and Soesanto, 2020)

Pengukuran skala nyeri dapat digunakan untuk menilai keparahan nyeri, yaitu sebagai berikut:

### 1. Wong Baker FA CES Pain Rating Scale

Nyeri ditentukan dengan mengamati ekspresi wajah pasien saat kita bertemu muka tanpa menanyakan keluhan, maka skala nyeri ini sangat mudah digunakan. Karena hanya ditentukan dengan mengamati ekspresi wajah pasien saat kita bertemu muka tanpa menanyakan keluhan, maka skala nyeri ini sangat mudah digunakan. digunakan pada pasien yang lebih tua dari tiga tahun yang tidak dapat mengukur rasa sakit mereka.



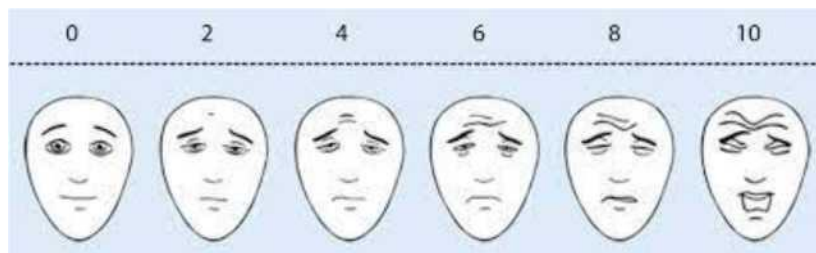
Gambar 1 Wong Baker FACES Pain Rating Scale

Sumber: (Wong DL, Baker CM, 1998), dikutip dari (Potter & Perry, 2006)

### 2. Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)

*Faces Pain Scale-Revised* (FPS-R) adalah versi terbaru dari FPS, FPS-R menampilkan representasi horizontal dari enam wajah dengan garis-garis. Pasien diinstruksikan untuk menunjuk ke bagian wajahnya yang paling akurat mencerminkan tingkat rasa sakitnya. Jika skala dipindahkan ke kanan, ekspresi wajah menunjukkan lebih banyak rasa sakit; wajah di paling kanan menunjukkan rasa sakit yang parah. Skala pengukuran nyeri yang paling andal dapat mengukur nyeri akut tanpa memerlukan pengetahuan kata atau angka untuk siswa berusia 4 hingga 12 tahun. Enam sketsa wajah

yang mewakili angka 0 sampai 10 atau 0 sampai 5 mewakili kriteria nyeri (dari nomor tujuh / FPS sebenarnya). Anak-anak memilih satu dari enam sketsa wajah yang mencerminkan perasaan mereka. Skor tersebut nyeri menjadi nyeri ringan (0 - 3), nyeri sedang (4- 6) dan nyeri berat (7- 10) (Balga et al., 2013).



Gambar 2 *Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)*  
 Sumber: (Balga et al., 2013)

c. Skala Analog *Visual/Visual Analog Scale*

Skala VAS berupa garis lurus atau mendatar sepanjang 10 cm dengan keterangan lisan pada setiap ujungnya. Ini mewakili intensitas rasa sakit yang terus-menerus. Pasien diinstruksikan untuk menunjuk ke titik di sepanjang garis di mana rasa sakit terjadi (Sulistyo, 2016).

d. Skala Penilaian *Numerik/Numeric Rating Scale (NRS)*

Pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala satu sampai sepuluh, daripada menggunakan deskriptor kata. Skala ini sebenarnya digunakan untuk mengukur keseriusan siksaan saat mendapatkan mediasi. Setelah anestesi pertama, NRS turunan VAS sangat membantu pasien bedah, dan sekarang sering digunakan untuk nyeri di unit pasca operasi (de Boer, 2018).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Tidak</b>			<b>Nyeri</b>				<b>Nyeri</b>			
<b>Nyeri</b>			<b>Sedang</b>				<b>Sangat hebat</b>			



Gambar 3 *Numeric Rating Scale*  
Sumber : (Sulistyo,2016)

Keterangan:

- a. 0 = tidak terasa sakit
- b. 1 nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) = sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar anda tidak memikirkan rasa sakit itu.
- c. 2 (tidak menyenangkan) = nyeri ringan seperti cubitan ringan pada kulit
- d. 3 (bisa ditoleransi) = nyeri sangat terasa seperti pukulan ke hidung yang menyebabkan hidung berdarah atau suntikan oleh dokter
- e. 4 (menyedihkan) = kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah
- f. 5 (sangat menyedihkan) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir.
- g. 6 (intens) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk kuat sehingga tampaknya memengaruhi sebagian indra, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
- h. 7 (sangat intens) = sama seperti 6 kecuali bahwa sakit benar-benar mendominasi indra dan menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.
- i. 8 (benar-benar menyakitkan) = nyeri begitu kuat sehingga anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
- j. 9 ( menyiksa tak tertahankan) = nyeri begitu kuat sehingga anda tidak bisa mentoleransinya dan sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau resikonya.

- k. 10 (sakit tak terbayangkan dan tak dapat diungkapkan) = nyeri begitu kuat tak sadarkan diri.

## 8. Penatalaksanaan Nyeri Akut

Tersedia metode farmakologis atau non-farmakologis untuk manajemen nyeri. Obat-obatan digunakan dalam manajemen nyeri farmakologis. Analgesia atau analgesik adalah obat yang digunakan untuk mengurangi rasa sakit. Analgesik dipecah menjadi (Kemenkes, 2022)

### a. Opioid

Nyeri sedang hingga berat menggunakan obat opioid. Efek analgesik opioid sangat kuat dan bertahan lama. Ada dua jenis opioid: opioid lemah dan opioid kuat.

### b. Non Opioid

Nyeri ringan sampai sedang menggunakan analgesia non-opioid, tetapi jarang bekerja untuk nyeri akut atau pasca operasi. Acetaminophen, juga dikenal sebagai parasetamol, adalah obat non-opioid yang paling banyak digunakan. Meskipun efektif sebagai analgesik, parasetamol jarang bertahan lebih lama dari empat jam, jadi mungkin tidak cocok untuk nyeri kronis.

### a. Relaksasi

Unwinding adalah strategi pengendalian kejangkelan non-farmakologis yang paling sering digunakan di Inggris. Relaksasi dapat dicapai dengan menciptakan lingkungan yang tenang, menentukan posisi yang nyaman, berkonsentrasi pada objek atau citra visual, dan melepaskan ketegangan. Metode ini menggunakan pendidikan dan latihan pernapasan dengan tujuan mengurangi rasa sakit dengan mengurangi sensasi rasa sakit dan mengendalikan intensitas reaksi terhadap rasa sakit.

b. Distraksi

Distraksi adalah tindakan yang mengalihkan perhatian dari rasa sakit, seperti menonton film. Dengan menstimulasi sistem kontrol descending, distraksi dianggap dapat mengurangi persepsi nyeri dengan mentransmisikan lebih sedikit stimulus nyeri ke otak. Kapasitas pasien untuk menerima dan menghasilkan input sensorik selain nyeri menentukan efektivitas distraksi. Atur klien pada posisi yang nyaman, dengan lembut minta klien untuk memikirkan hal atau pengalaman menyenangkan yang membantu seluruh panca indera, minta klien tetap fokus pada gambaran yang menyenangkan sambil merilekskan tubuhnya, dan jika klien tampak rileks, perawat tidak perlu bicara lagi. Teknik distraksi lainnya termasuk pernapasan lambat dan berirama secara teratur, bernyanyi secara berirama dan menghitung ketukan, dan mendengarkan musik yang mendorong klien untuk berfantasi (imagery terbimbing).

c. TENS

TENS adalah metode non-farmakologi manajemen nyeri, seperti menggunakan plasebo (zat inert) karena melepaskan endorfin,. Sistem kontrol menurun menghasilkan endorfin alami (endogen), yang mengarah pada efek plasebo. Nalokson, antagonis narkotika, memiliki kemampuan untuk membalikkan efek ini, yang merupakan respons fisiologis asli.

d. Terapi Es

Terapi es dapat menghambat proses inflamasi, mengurangi prostaglandin yang meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri dan area cedera subkutan lainnya. Manfaat terapi panas termasuk meningkatkan aliran darah di area tersebut dan mungkin mengurangi rasa sakit dengan meningkatkan penyembuhan.

e. Masase

Otot bahu dapat diremas, punggung dapat dipijat dengan tekanan pendek dan cepat dari kedua tangan, petriasi dapat dilakukan dengan menekan punggung secara horizontal kemudian menggerakkan tangan ke arah yang berlawanan menggunakan gerakan meremas, dan dapat dilakukan tekanan menyikat lembut ke belakang dengan ujung jari untuk mengakhiri pijatan.

### **C. Aromaterapi Rosemary**

Konsep Aomaterapi Rosemary dalam penerapan Terapi Non Farmakologi

#### **1. Pengertian Aromaterapi**

Aromaterapi digunakan sebagai cara lain untuk merileksasikan pikiran serta berperan dalam pengaturan emosional. Tanaman yang digunakan sebagai aromaterapi yaitu minyak esensial atau yang lebih dikenal dengan minyak atsiri. Metode ekstrasi minyak atsiri merupakan faktor yang sangat penting dalam menentukan kualitas minyak yang akan dihasilkan. Kadungan yang terkandung dalam aromaterapi yaitu minyak atsiri, minyak aitrasi ditemukan dalam berbagai tanaman seperti lavender, rosemary, jasmine, pepmermint. Untuk bisa memperoleh minyak atsiri dari tanaman dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yaitu antara lain dengan inhalasi atau uap dan massage (Lakhan, Sheafer and Tepper, 2016).

Rosemary (*Rosmarinus officinalis L*) adalah semak lebat hijau yang tumbuh disepanjang laut mediterania dan daerah sub-*Himalaya*. Dalam pengobatan tradisional telah digunakan sebagai analgesic untuk menyembuhkan migran, insomnia, depresi. Untuk efek neurofarmakologis potensial dari ekstrak rosemary sangatlah efektif untuk pengalihan rasa sakit. Rosemary juga telah diklasifikasikan sebaga aromaterapi yang aman serta bermanfaat untuk terapi nonfarmakologis. Rosemary menagandung

terpenoid, minyak esensial komposisi ekstrak rosemary mengandung komponen aktif yang sangat ampuh untuk menghilangkan nyeri yaitu memiliki senyawa anti-inflamasi (Rahbardar and Hosseinzadeh, 2020)

Salah satu varian minyak yang bisa digunakan untuk aromaterapi adalah minyak esensial rosemary yang memiliki efek menenangkan pada tubuh, aromaterapi rosemary bisa mengubah skor kecemasan. Manfaat kesehatan dari aromaterapi rosemary telah dipelajari, termasuk kemampuan untuk mengurangi ketegangan mental, depresi, kelesuan, dan kelelahan, serta meningkatkan kinerja kognitif. Senyawa 1,8-cineole dan linalool digunakan dalam aromaterapi rosemary. Minyak rosemary akan merangsang peredaran darah, yang akan mengurangi rasa sakit dan membantu luka dalam pembekuan, sehingga mempercepat penyembuhan. Senyawa ini memiliki kemampuan untuk merangsang sistem saraf pusat dan memberikan efek menenangkan (Pertiwi, Idriansari and Kusumaningrum, 2016).

Selain itu minyak esensial rosemary memiliki kandungan ratusan senyawa diantaranya terkandung cineol, limonene, linalool. Senyawa tersebut yang dapat menghambat system kerja pembentukan prostaglandin sehingga dapat meredakan nyeri. Khas tanaman anti inflamasi yang dapat meredakan nyeri. Zat ini diketahui yang mampu meringankan nyeri diantaranya nyeri haid dan nyeri otot (Sundara *et al.*, 2022)

Dalam artikel penelitian yang dilakukan oleh (Guanabara et al. 2017) Efektivitas Aromaterapi dalam mengurangi Rasa Sakit, Studi ini menemukan efek positif yang signifikan dari aromaterapi dalam mengurangi rasa sakit. Hasil ini menunjukkan bahwa aromaterapi harus dianggap sebagai tambahan yang aman untuk prosedur manajemen nyeri saat ini karena tidak ada efek samping. Selain itu, biaya yang terkait dengan aromaterapi jauh lebih efisien dan efektif yang terkait dengan perawatan manajemen nyeri.

Pemberian aromaterapi rosemary dapat membantu dalam nyeri muskuloskeletal di antara pasien yang menjalani hemodialisis, dan mereka juga memiliki tingkat asupan obat yang tinggi sebagai pengganti hilangnya fungsi. Dengan demikian, menghilangkan rasa sakit dengan penggunaan obat-obatan dan metode dengan efek samping dan komplikasi yang lebih sedikit sangat penting di antara pasien-pasien ini. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan dalam hal ini dan menunjukkan bahwa penggunaan rosemary mengurangi intensitas nyeri muskuloskeletal di kaki di antara pasien menjalani hemodialisis (Keshavarzian and Shahgholian, 2017)

## **2 Cara untuk memperoleh Aromaterapi**

Dalam penggunaan aromaterapi dapat melalui cara diantaranya, yaitu (Guanabara et al 2017):

### **a. Inhalasi**

Dengan melalui penciuman atau penghirupan minyak esensial lebih efektif dihirup molekul yang mudah menguap akan membawa unsur aromatic yang terdapat dalam kadungan minyak esensial yang berfungsi sebagai reseptor akan menghantarkan pesan elektrokimia ke susunan saraf pusat. Pesan ini akan mengaktifkan pusat emosi dan merileksasikan pikiran seseorang. Yang selanjutnya akan mengantarkan pesan balik ke seluruh tubuh melalui system sirkulasi kemudian memebrikan efek yang rileks atau tenang.

Pemberian aromaterapi dengan cara menghirup selama 15-30 menit dengan menggunakan kapas yang telah diberi minyak esensial rosemary 2-3 tetes kemudian didekatkan dengan pasien dan dianjurkan untuk menghirup secara

perlahan. Dilakukan evaluasi setelah pemberian aromaterapi didapat perubahan yang signifikan yaitu dari sebelum pemberian aromaterapi dengan skala 5 dan sesudah diberikan aromaterapi skala nyeri menjadi skala 2. Hal tersebut terbukti sangat efektif untuk diterapkan (Prasetyo and Susilo, 2020)

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan merupakan suatu tindakan yang memiliki alasan, agar praktik keperawatan spesifik dilakukan dengan cara yang tepat. Memanfaatkan basis pengetahuan yang komprehensif, perawat mengevaluasi status kesehatan klien, membuat penilaian dan diagnosis yang diinformasikan, menentukan hasil kesehatan klien, dan merencanakan, memprediksi, dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat untuk mencapai hasil ini adalah bagian dari proses keperawatan (Padila *et al.*, 2018)

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian dalam menangani masalah-masalah pasien sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan yang tepat, pengkajian adalah (Padila *et al.*, 2018)

###### **a. Identitas Klien**

Meliputi : Nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku, bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk Rs, MRS, diagnose medis, no. Registrasi.

###### **b. Keluhan Utama**

Pada umumnya keluhan utama kasus fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut / kronik tergantung dari lamanya serangan. Unit memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri pasien digunakan :

- 1) *Provoking inciden* : apakah ada peristiwa yang menjadi faktor prepitasi nyeri.
- 2) *Quality of pain* : seperti apa rasa nyeri yang dirasakan pasien, apakah seperti terbakar, berdenyut / menusuk.
- 3) *Region radiation, relief*: apakah rasa sakitnya bisa reda, apakah rasa sakit bisa menjalar / menyebar dan dimana rasa sakit terjadi.
- 4) *Severity (scale of pain)* : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- 5) *Time* :berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah nyeri pada malam hari atau siang hari.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien fraktur dapat disebabkan oleh trauma atau kecelakaan, degenerative dan patologis yang didahului dengan perdarahan, kerusakan jaringan sekitar yang mengakibatkan nyeri, bengkak, kebiruan, pucat atau perubahan warna kulit dan kesemutan.

d. Riwayat penyakit dahulu

Apakah pasien pernah mengalami fraktur atau pernah punya penyakit menular atau menurun sebelumnya.

e. Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pada fraktur akan mengalami perubahan atau gangguan pada personal hygiene, missal kebiasaan mandi, ganti pakaian, BAB, dan BAK.

2) Pola nutrisi dan metabolisme



Pada fraktur tidak akan mengalami penurunan nafsu makan, meskipun menu berubah misalnya makan dirumah gizi tetap sama sedangkan di RS disesuaikan dengan penyakit dan diet pasien.

3) Pola eliminasi

Kebiasaan miksi atau defekasi sehari - hari, kesulitan waktu defekasi dikarenakan imobilisasi, feses warna kuning, dan konsistensi defekasi pada miksi pasien tidak mengalami gangguan.

4) Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan pola tidur dan istirahat mengalami gangguan yang disebabkan nyeri, misalnya nyeri akut akibat fraktur.

5) Pola aktivitas dan latihan

Aktivitas dan latihan mengalami perubahan gangguan keterbatasan dalam melakukan mobilisasi akibat dari fraktur sehingga kebutuhan pasien perlu dibantu oleh perawat dan keluarga.

6) Pola persepsi dan konsep diri

Pada fraktur akan mengalami gangguan diri karena terjadi perubahan pada dirinya, pasien takut cacat seumur hidup atau tidak dapat bekerja lagi.

7) Pola sensori kognitif

Nyeri yang disebabkan oleh kerusakan jaringan, sedang pada pola kognitif atau cara berfikir pasien tidak mengalami gangguan.

8) Pola hubungan peran

Terjadinya perubahan peran yang dapat mengganggu hubungan interpersonal yaitu merasa pasien tidak berguna lagi dan menarik diri.

9) Pola penanggulangan stress

Perlu ditanyakan apakah membuat pasien menjadi stress dan biasanya masalah dipendam sendiri atau dirundingkan dengan keluarga.

10) Pola reproduksi seksual

Bila pasien sudah berkeluarga dan mempunyai anak maka akan mengalami pola seksual reproduksi, jika pasien belum berkeluarga pasien akan tidak mengalami gangguan.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Adanya kecemasan dan stress sebagai pertahanan dan pasien meminta perlindungan atau mendekatkan diri dengan tuhan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis berdasarkan tanggapan dari individu, keluarga, dan masyarakat mengenai masalah kesehatan aktual atau potensial. Atas dasar pendidikan dan pengalamannya, perawat mampu secara tepat mengidentifikasi dan memberikan intervensi yang pasti untuk mempertahankan, mengurangi, membatasi, mencegah, dan mengubah status kesehatan klien. Penelitian ini akan melihat diagnosa keperawatan untuk nyeri akut yang disebabkan oleh agen cedera fisik: Pasien yang menjalani operasi mengeluh nyeri, terlihat meringis, protektif, gelisah, takikardi, dan sulit tidur.

3. Rencana Asuhan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2017).

Prioritas ditetapkan selama perencanaan dengan bekerja sama dengan keluarga

pasien, berkonsultasi dengan tim kesehatan lain, memodifikasi asuhan keperawatan, dan mencatat informasi terkait mengenai persyaratan manajemen klinis dan perawatan kesehatan pasien.

Aspek-aspek yang dapat diamati berikut ini, termasuk kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, atau masyarakat dalam menanggapi intervensi keperawatan, dirujuk sebagai standar hasil keperawatan Indonesia dalam tujuan dan kriteria hasil untuk masalah nyeri akut :

Tabel 1  
Perencanaan Keperawatan Nyeri Akut

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan SLKI</b>	<b>Perencanaan Keperawatan SIKI</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : prosedur operasi ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, takikardi, sulit tidur	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan kriteri hasil:  a. Tidak mengeluh nyeri b. Tidak meringis c. Tidak bersikap protektif d. Tidak gelisah e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik g. Melaporkan nyeri terkontrol h. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat	<b>Intervensi Utama :</b>  <b>Pemberian Analgesik</b>  <i>Observasi</i>  a. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) b. Identifikasi riwayat alergi obat c. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan

	<p>i. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat</p> <p>j. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat</p>	<p>nyeri</p> <p>d. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic</p> <p>e. Monitor efektifitas analgesic <i>Terapeutik</i></p> <p>f. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</p> <p>g. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum</p> <p>h. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <i>Edukasi</i></p> <p>i. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <i>Kolaborasi</i></p> <p>j. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai</p>
--	--	---

		<p>indikasi</p> <p><b>Dukungan Nyeri Akut : Manajemen Nyeri</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>f. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>j. Berikan teknik nonfarmakologi untuk</li> </ul>
--	--	---

		<p>mengurangi rasa nyeri (mis. Aromaterapi)</p> <p>k. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>l. Fasilitasi istirahat dan tidur m.          Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>n. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>o. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>p. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>q. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>r. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Kolaborasi</i></p> <p>s. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	--	---

#### 4. Implementasi Keperawatan

Istilah "implementasi keperawatan" mengacu pada serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dengan masalah status kesehatan yang dalam keadaan sehat dan yang menentukan kriteria hasil yang diharapkan. Persyaratan klien dan faktor lain yang memengaruhi persyaratan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan aktivitas komunikasi harus memandu proses implementasi. Ada tiga jenis utama implementasi keperawatan, selain yang lainnya (Siregar, 2019)

##### a. Independent implementations

Implementasi Independen adalah salah satu yang diprakarsai perawat untuk membantu klien dalam menyelesaikan masalah mereka sesuai kebutuhan, seperti: memberikan bantuan perawatan diri dan memenuhi aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL). memodifikasi posisi tidur, menetapkan pengaturan terapeutik, menawarkan dorongan dan motivasi, memperhatikan kebutuhan perangkat psikososial, spiritual, dan invasif klien, dan seterusnya

##### b. *Interdependen Collaborative implementations*

Eksekusi kooperatif yang bergantung adalah kegiatan keperawatan berdasarkan kolaborasi antara kelompok keperawatan atau dengan kelompok kesejahteraan lainnya, seperti spesialis. Misalnya, ketika harus memberikan obat secara oral, melalui suntikan, infus, kateter urin, dan tabung naso lambung (NGT), di antara metode lainnya. Dokter bertanggung jawab atas keterkaitan dalam tindakan kolaboratif ini, seperti pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping, tetapi ketepatan obat, jadwal pemberian, dan cara pemberian tidak. Perawat bertanggung jawab dan memperhatikan respons klien setelah pemberian, serta

keakuratan dosis dan klien

c. Dependent implementations

Dependent implementation adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal IMP, pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah proses mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya untuk menentukan cara yang paling efektif untuk memenuhi kebutuhan klien dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap yang menentukan apakah tujuan telah tercapai disebut penilaian keberhasilan. Sasaran selalu menjadi inti evaluasi, jadi jika ternyata sasaran tidak tercapai, penting untuk mencari tahu alasannya (Siregar, 2019)

Menurut (Suprajitno dalam Wardani, 2013) evaluasi keperawatan disusun menggunakan SOAP yaitu :

- a. Subjektif : ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan
- b. Objektif : keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif
- c. Analisis : analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif
- d. Planning : perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.