

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Fraktur Femur

1. Definisi fraktur

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai dengan jenis dan luasnya. Fraktur adalah patah tulang yang disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Desiartama & Aryana, 2017). Fraktur femur adalah diskontinuitas dari femoral shaft yang bisa terjadi akibat trauma secara langsung (kecelakaan lalu lintas atau jatuh dari ketinggian) (Desiartama & Aryana, 2017).

2. Penyebab fraktur femur

Fraktur disebabkan oleh benturan langsung, kekuatan penekan, gerakan tiba-tiba yang kuat, dan kontraksi otot yang berlebihan. Umumnya fraktur disebabkan oleh trauma dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang. Menurut Wahid (2013) dalam (Antoni, 2019) penyebab fraktur femur antara lain :

a. Kekerasan langsung

Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patah melintang atau miring.

b. Kekerasan tidak langsung

Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat terjadinya kekerasan. Yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vector kekerasan

c. Kekerasan akibat tarikan otot

Kekerasan akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan dan penekanan, kombinasi dari ketiganya dan penarikan.

3. Gejala dan tanda fraktur femur

Manifestasi klinis fraktur menurut (Smelzter & Bare,2012) dalam (Suriya & Zuriati, 2019) yaitu :

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur femur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang
- b. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah bukannya tetap rigid seperti normalnya, Pergeseran fragmen ulan pada aku lenan dan uncai menyebabkan deformitas (terlihat maypun teraba) ekremitas yang bisa diketahui dengan membandingkan ekremitas yang normal. Ekstremitas tak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.
- c. Pada fraktur panjang terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otott yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur
- d. Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan teraba adanya serik tulAng dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan yang lainnya.

- e. Pembengkakan dan perubahan warna local terjadi sebagai akibat trauma dari pendarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini baru bisa terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cidera

Menurut Nayduch (2014) manifestasi fraktur femur yaitu:

- a. Bengkak dan nyeri tekan
- b. Guarding, menolak atau tidak mampu bergerak atau menahan berat badan.
- c. Ekimosis (memar/lebam)
- d. Deformitas dapat terlihat maupun teraba
- e. Krepitus : saat ekstremitas di periksa dengan palpasi, teraba adanya derik tulang
- f. Kontaminasi pada luka terbuka (misalnya kotoran, debu dan benda asing).
- g. Parastesia (cedera saraf

4. Penatalaksanaan fraktur femur

Penatalaksanaan keperawatan menurut Smeltzer, (2015) dalam (Antoni, 2019) sebagai berikut :

- a. Penatalaksanaan fraktur tertutup
 - 1) Informasikan pasien mengenai metode pengontrolan edema dan nyeri yang tepat (mis. Meninggikan skremitas setinggi jantung, menggunakan analgesic sesuai resep
 - 2) Ajarkan latihan-latihan untuk mempertahankan kesehatan otot yang tidak terganggu dan memperkuat otot yang diperlukan untuk

berpindah tempat dan untuk menggunakan alat bantu (mis, tongkat, alat bantu berjalan atau walker)

- 3) Ajarkan pasien tentang cara menggunakan alat bantu dengan aman
- 4) Alat bantu pasien memodifikasi lingkungan rumah mereka sesuai kebutuhan dan mencari bantuan personal jika diperlukan
- 5) Berikan pendidikan kesehatan kepada pasien mengenai perawatan diri, informasi, medikasi, pemantauan kemungkinan komplikasi, dan perlunya supervise layanan kesehatan yang berkelanjutan.

b. Penatalaksanaan fraktur terbuka

- 1) Sasaran penatalaksanaan adalah untuk mencegah infeksi luka, jaringan lunak, dan tulang serta untuk meningkatkan pemulihan tulang dan jaringan lunak. Pada kasus fraktur terbuka terdapat resiko osteomyelitis, tetanus, dan gasgangren.
- 2) Berikan antibiotic IV dengan segera saat pasien tiba dirumah sakit bersama dengan tetanus toksoid jika diperlukan
- 3) Lakukan irigasi luka dan debridemen
- 4) Tinggikan skremitas untuk meminimalkan edema
- 5) Kaji status neurovascular dengan sering
- 6) Ukur suhu tubuh pasien dalam interval teratur, dan pantau tanda-tanda infeksi

5. Komplikasi fraktur femur

Fraktur femur dapat menyebabkan terjadinya komplikasi, morbiditas yang lama dan juga kecacatan apabila tidak mendapatkan penanganan yang baik (Zamrodah, 2016). Komplikasi yang umum akibat fraktur femur antara lain

perdarahan, cedera organ dalam, infeksi luka, emboli lemak, sindroma pernafasan, selain itu pada daerah tersebut terdapat pembuluh darah besar sehingga apabila terjadi cedera pada femur akan berakibat fatal, oleh karena itu diperlukan tindakan segera salah satunya adalah tindakan pembedahan ORIF (Desiartama & Aryana, 2017)

B. Konsep Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur

1. Pengertian nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2016).

2. Faktor penyebab nyeri akut

- a. Agen pencedera fisiologis (missal, inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pecedera kimiawi (missal, bahan kimia iritan)
- c. Agen pecedera fisik (missal, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3. Data mayor dan minor pola kebutuhan nyeri dan kenyamanan

Tabel 1
Gejala Dan Tanda Mayor Minor Berdasarkan Pola Kebutuhan Nyeri Dan Kenyamanan

Gangguan Rasa Nyaman	
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	Objektif
1. Mengeluh tidak nyaman	1. Gelisah
Gejala dan Tanda Minor Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit tidur	1. Menunjukkan gejala distress
2. Tidak mampu rileks	2. Tampak merintih/menangis
3. Mengeluh kedinginan atau kepanasan	3. Pola eliminasi berubah
4. Merasa gatal	4. Postur tubuh berubah
5. Mengeluh mual	5. iritabilitas

6. Mengeluh lelah	
Ketidaknyamanan Pasca Partum	
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	Objektif
1. Mengeluh tidak nyaman	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Terdapat kontraksi uterus 3. Luka episiotomy 4. Payudara bengkak
Gejala dan Tanda Minor Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Berkeringat berlebihan 4. Menangis/merintih 5. Haemorrhoid
Nausea	
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh mual 2. Merasa ingin muntah 3. Tidak berminat makan 	(tidak tersedia)
Gejala dan Tanda Minor Subjektif	Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa asam dimulut 2. Sensasi panas atau dingin 3. Sering menelan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saliva meningkat 2. Pucat 3. Diaphoresis 4. Takikardi 5. Pupil dilatasi
Nyeri Akut	
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Gejala dan Tanda Minor Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis
Nyeri Kronis	
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (tertekan) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas

Gejala dan Tanda Minor Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri) 2. Waspada 3. Pola tidur menyempit 4. Anoreksia 5. Focus menyempit 6. Berfokus pada diri sendiri
Nyeri Melahirkan	
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Pengeluaran janin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ekspresi wajah meringis berposisi meringankan nyeri uterus teraba membulat
Gejala dan Tanda Minor Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Ketegangan otot meningkat 4. Pola tidur berubah 5. Fungsi berkemih berubah 6. Diaphoresis 7. Gangguan perilaku 8. Pupil dilatasi 9. Focus pada diri sendiri

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

4. Proses terjadinya nyeri akut pada pasien post operasi fraktur femur

Nyeri pasca pembedahan ORIF disebabkan oleh tindakan invasif bedah yang dilakukan. Walaupun fragmen tulang telah direduksi, tetapi manipulasi seperti pemasangan sekrup dan plat menembus tulang akan menimbulkan nyeri hebat. Nyeri tersebut bersifat akut yang berlangsung selama berjam-jam hingga berhari-hari. Hal ini disebabkan oleh berlangsungnya fase inflamasi yang disertai dengan edema jaringan. Lamanya proses penyembuhan setelah mendapatkan penanganan dengan fiksasi internal akan berdampak pada keterbatasan gerak yang disebabkan oleh nyeri maupun adaptasi terhadap penambahan sekrup dan plat tersebut. Kondisi nyeri ini seringkali menimbulkan gangguan pada pasien baik gangguan fisiologis maupun psikologis seseorang (Smeltzer & Bare, 2002)

5. Faktor yang mempengaruhi nyeri akut pada pasien post operasi fraktur femur

Menurut Astuti et al (2019) factor yang memperngaruhi nyeri adalah :

a. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (intovert). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

b. Usia dan tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

c. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut akan dapat memperberat nyeri.selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu factor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga

atau teman-temannya yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat

d. **Ansietas dan stress**

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka

Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Fraktur

Femur

1. Pengkajian

Pengkajian adalah suatu proses dalam mengumpulkan data secara lengkap dan systematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan pasien yang dihadapi pasien baik fisik, mental, social maupun spiritual dapat ditentukan yang terdiri dari tiga tahapan kegiatan yaitu pengumpulan data, analisis data dan menentukan masalah kesehatan serta keperawatan (Nasution, 2018).

Subkategori data ada 14 jenis yang harus dikaji meliputi, fisiologis, sirkulasi, nutrisi atau cairan, eliminasi, aktivitas dan latihan, neurosensory, reproduksi atau seksualitas, psikologis, integritas ego, perilaku, penyuluhan dan pembelajaran, relasional, lingkungan.

Nyeri akut termasuk ke dalam kategori psikologis dalam sub kategori nyeri dan kenyamanan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Tanda dan gejala mayor pada nyeri akut terdiri dari subjektif yaitu mengeluh nyeri dan objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur). Tanda dan gejala minor diantaranya objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan tahapan membandingkan data dengan nilai normal dan pengelompokkan data. Pada subkategori nyeri dan kenyamanan dilakukan dengan mengelompokkan tanda atau gejala mayor minor dengan kondisi pasien, dimana pasien.

Tabel 2
Gejala Dan Tanda Mayor Minor Nyeri Akut

<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Mengeluh nyeri</p>	<p>Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur</p>
<p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia)</p>	<p>Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis</p>

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

3. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit. Diagnosis ini terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal, diagnosis ini disebut diagnosis promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016)), perumusan atau penulisan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Pada penulisan diagnosa keperawatan aktual penulisan diagnosa keperawatan terdiri atas masalah, penyebab, dan tanda/gejala, sedangkan pada diagnosis risiko terdiri atas masalah dan faktor risiko, serta pada diagnosis promosi kesehatan terdiri atas masalah dan tanda/gejala. Masalah keperawatan yang difokuskan pada penelitian ini adalah nyeri akut yang termasuk ke dalam diagnosa aktual yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Etiologi atau penyebab dari nyeri akut antara lain agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia,

neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), dan agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, megangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Tanda dan gejala dari nyeri akut antara lain subjektif yaitu mengeluh nyeri dan objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur). Tanda dan gejala minor diantaranya objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Berdasarkan masalah, penyebab, serta tanda dan gejala, maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur), tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis

4. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Klasifikasi intervensi keperawatan nyeri akut termasuk ke dalam kategori psikologis yang ditujukan untuk mendukung fungsi dan proses mental dan termasuk ke dalam sub kategori nyeri dan kenyamanan yang memuat kelompok intervensi keperawatan yang meredakan nyeri dan

meningkatkan kenyamanan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Label merupakan kondisi perilaku atau persepsi pasien yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan. Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai, ekspektasi menggambarkan seperti apa kondisi, perilaku, atau persepsi pasien akan berubah setelah diberikan intervensi keperawatan. Kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Berikut merupakan perencanaan keperawatan pada pasien dengan nyeri akut :

Tabel 3
Rencana Asuhan Keperawatan Dengan Nyeri Akut

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3
Nyeri Akut Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Mengeluh nyeri menurun 1. Wajah meringis 2. Sikap protektif 3. Gelisah menurun	Intervensi Utama Manajemen Nyeri Observasi Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal

Penyebab: Agen pencedera fisik (trauma). Gejala dan tanda mayor Subyektif : 1) Mengeluh nyeri Obyektif : 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif 3) Gelisah 4) Nadi meningkat 5) Sulit tidur	4. Kesulitan tidur 5. Frekuensi nadi 6. Tekanan darah	3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. terapi komplementer yang sudah diberikan
Gejala minor Obyektif:- Subyektif: 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola napas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri	Luaran tambahan Kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 3. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis	Terapeutik 8. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS, hypnosis, terapi music,biofeedback, terapi pijat, aromaterapi,teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 9. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 10. Fasilitasi istirahat dan tidur 11. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri 12. dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
		Edukasi 13. Jelaskan penyebab, pemicu, dan periode nyeri 14. Jelaskan strategi meredakan nyeri

-
15. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 16. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Pemberian analgesic

Observasi

1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis.pencetus, Pereda,kualitas,lokasi,intensitas,frekuensi,durasi)
2. Identifikasi riwayat alergi obat
3. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik
4. Monitor efektifitas analgesik

Terapeutik

1. Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu
2. Pertimbangkan penggunaan infus
3. Kontinu atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
4. Tetapkan target efektifitas analgesic
5. Dokumentasikan respons terhadap efek analgetik dan efek yang tidak diinginkan

Edukasi

1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat
-

Kolaborasi

6. Kolaborasi pemberi an dosis

Intervensi Tambahan**Terapi relaksasi****Observasi**

1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan
3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya
4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi

Terapeutik

6. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang, nyaman, jika memungkinkan Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan
-

-
7. Gunakan prosedur teknik relaksasi pakian longgar
 8. Gunakan nada suara lembut
 9. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain

Edukasi

1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman
 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi
-

5. Implementasi Keperawatan

Pada proses keperawatan, implementasi adalah salah satu fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan tersebut. Tindakan

keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Pada proses implementasi biasanya mencakup yaitu mengkaji kembali pasien, menentukan kebutuhan perawat terhadap bantuan, mengimplementasikan intervensi keperawatan, melakukan supervisi terhadap asuhan yang didelegasikan, dan mendokumentasikan tindak keperawatan. Setelah melaksanakan tindakan keperawatan untuk melakukan intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan yang telah diberikan (Siregar, 2020).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Leniwita & Anggraini, 2019). Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang perawat buat pada tahap perencanaan (Saroh, 2019). Menurut Budiono, (2021) evaluasi keperawatan dibagi menjadi :

a. Evaluasi formatif

Evaluasi yang dilakukan setelah tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/

ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Komponen-komponen yang sering digunakan dalam proses evaluasi asuhan keperawatan adalah penggunaan formula SOAP yang terdiri dari : (Budiono, 2021)

- 1) S : artinya data Subjektif, yaitu data yang didapatkan berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Pada pasien hipertensi dengan nyeri akut diharapkan mampu dan tidak mengeluh nyeri, pasien tidak mengeluh sulit tidur.
- 2) O : artinya data Objektif yaitu data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Pada pasien hipertensi dengan nyeri akut kriteria hasil evaluasi menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia yaitu: (SLKI, 2018)
 - a) Mengeluh nyeri menurun
 - b) Wajah meringis menurun
 - c) Sikap protektif menurun
 - d) Gelisah menurun
 - e) Kesulitan tidur menurun
 - f) Frekuensi nadi membaik
 - g) Tekanan darah membaik
- 3) A : artinya Analisis, yaitu interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis ditulis dalam bentuk masalah atau diagnosis keperawatan yang

terjadi. Evaluasi hasil yang dituliskan dalam analisis dapat dibagi menjadi tiga yaitu tujuan teratasi, tujuan teratasi sebagian dan tujuan tidak teratasi.

- 4) P : artinya planning, dalam planning diuraikan perencanaan tindakan yang akan dilanjutkan atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, dan juga tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.

D. Penatalaksanaan Kasus Fraktur dengan Kompres Dingin *Cold Pack*

1. Pengertian

Kompres dingin merupakan aplikasi yang menggunakan bahan atau alat pendingin pada setiap bagian tubuh yang mengalami nyeri (Demir, 2016). Kompres dingin melibatkan aplikasi dingin baik secara lembab maupun kering pada kulit (Burkey & Carns, 2020). Kompres dingin adalah pemanfaatan suhu dingin untuk menghilangkan nyeri dan mengurangi gejala peradangan yang terjadi pada jaringan (Arovah, 2012). Kompres dingin baik dilakukan pada 24 jam pertama pasca trauma (Mare Jane Bauter, 2016)

2. Manfaat Kompres Dingin *Cold Pack*

- a. Mengurangi suhu daerah yang sakit, membatasi aliran darah dan mencegah cairan masuk ke jaringan di sekitar luka. Hal ini akan mengurangi nyeri dan pembengkakan.
- b. Mengurangi sensitivitas dari akhiran saraf yang berakibat terjadinya peningkatan ambang batas rasa nyeri.
- c. Mengurangi kerusakan jaringan dengan jalan mengurangi metabolisme lokal sehingga kebutuhan oksigen jaringan menurun.

- d. Mengurangi tingkat metabolisme sel sehingga limbah metabolisme menjadi berkurang. Penurunan limbah metabolisme pada akhirnya dapat menurunkan spasme otot

3. Prosedur Pemberian Kompres Dingin *Cold Pack*

Kompres dingin yang akan digunakan pada penelitian ini yaitu dengan menggunakan cold pack karena memiliki keunggulan dibandingkan dengan menggunakan es batu karena bila menggunakan es batu maka akan habis dan berubah menjadi gas, sehingga hanya dapat digunakan sekali saja. Cold pack dari bahan plastik yang kedap air, tidak kaku dan dapat digunakan berkali-kali dengan hanya mendinginkan kembali kedalam lemari pembuat es (Freezer) karena cold pack sangat fleksibel, bisa berbentuk plat plastik atau kantung plastik, sesuai dengan kebutuhan (Marshall, 2016). Cold pack juga memiliki ketahanan beku bisa mencapai 8-12 jam, sehingga dapat dipakai berulang-ulang selama kemasan tidak bocor atau rusak. Cold pack juga mengandung anti mikroba yang dapat mencegah terjadinya jamur, lumut, bau dan bakteri. Cara menggunakan cold pack untuk pembekuan pertama kali, sebaiknya cold pack dimasukkan ke dalam freezer selama 24 jam agar hasilnya maksimal, cold pack juga dapat disimpan dalam freezer selama 8 jam semakin lama disimpan akan semakin baik hasilnya (Marshall, 2016).

Terdapat dua jenis cold pack yaitu yang berbahan gel hypoallergenic dan yang berisi cairan atau kristal. Pada umumnya cold pack dapat dipergunakan selama 15 sampai 20 menit. Pada kemasan cold pack yang berupa plastik, diperlukan handuk untuk mengeringkan air kondensasi (Arovah, 2012). Cold pack yang umum digunakan dalam aplikasi dingin harus digunakan dengan

menempatkan handuk antara kulit dan cold pack untuk menjaga rasa dingin yang ekstrim selama kontak antara kulit dengan es. Pengobatan dingin dapat dilakukan selama 15-30 menit rata-rata sampai sensasi mati rasa dirasakan pada area yang sakit (Arovah, 2012).

4. Intervensi *Cold Pack* Pada Nyeri Akut

Kompres dingin *cold pack* merupakan suatu prosedur menempatkan suatu benda dingin pada tubuh bagian luar. Kompres dingin sebagai alternative penanganan nyeri pada pasien dengan nyeri ringan ataupun sedang tidak digunakan lagi dalam panduan penanganan nyeri (Kristanto & Arofiati, 2016). Dampak fisiologisnya adalah vasokonstriksi pada pembuluh darah, mengurangi rasa nyeri, dan menurunkan aktivitas ujung saraf pada otot. Terapi dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit (Vasra & Putri, 2021). *Cold pack* mempunyai beberapa keunggulan dibanding dengan es batu. *Cold Pack* dapat digunakan berkali-kali dengan hanya mendinginkan kembali kedalam lemari pembuat es (*Freezer*). *Cold Pack* merupakan produk alternatif pengganti Dry Ice & Es Batu. Ketahanan beku bisa mencapai 8-12 jam tergantung box yang digunakan. Pemakaiannya dapat berulang-ulang selama kemasan tidak bocor (rusak). Intervensi kompres dengan cold pack dilakukan setelah pasien pulih kesadarannya pasca operasi dan diintervensi kompres dengan cold pack selama 15 menit dan kemudian dilepas selama 15 menit. Siklus pengompresan dengan cold pack diatas diulang sampai sampai 4 kali siklus pengompresan atau selama 2 jam. Pengompresan dengan *cold pack* pada tahap analgetik II dilakukan kurang lebih 3-4 jam setelah pemberian obat di

bangsal. Proses pengompresan dan pengukuran skala nyeri seperti pada siklus pertama

