

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Fraktur

1. Pengertian fraktur

Fraktur adalah ungkapan dari kehilangan kontinuitas tulang, yang bersifat sebagian ataupun total. Berdasarkan teori yang disampaikan Suddart Brunner bahwa fraktur merupakan pemisahan atau rebakan pada kontunuitas tulang yang disebabkan oleh adanya tekanan berlebih pada tulang dan tulang tidak sanggup dalam menahan.

Fraktur tulang normal sering dialami yang diakibatkan karena benturan dengan energi yang tinggi atau tekanan yang berulang-ulang, sementara tulang yang dengan tidak normal menjadi lemah dikarenakan penyakit, beban normal atau cedera ringan sudah mampu mengakibatkan terjadinya fraktur. Fraktur juga didefinisikan sebagai fenomena patah tulang yang terjadi dikarenakan trauma, misalnya jatuh, cedera ketika olah raga, ataupun kecelakaan (Yulianita et al., 2023).

2. Etiologi fraktur

Etiologi fraktur dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya yaitu (Wijonarko, 2023) :

a. Faktor Traumatik

Faktor traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh :

- 1) Fraktur langsung, yaitu pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan.
- 2) Cedera tidak langsung, yaitu pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan

3) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak

b. Fraktur Patologik

Kerusakan patologik adalah kerusakan tulang akibat proses penyakit dengan trauma minor:

- 1) Tumor tulang adalah pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali
- 2) Infeksi seperti osteomielitis dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut
- 3) Secara spontan disebabkan oleh stres tulang yang terus menerus

3. Klasifikasi fraktur

Klasifikasi fraktur dapat dibagi menjadi (Wijonarko, 2023) :

- a. Fraktur tertutup (*closed*), yaitu apabila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar.
- b. Fraktur terbuka (*open/compound*), yaitu apabila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukan di kulit.

4. Manifestasi klinis fraktur

Manifestasi klinis fraktur (Wijonarko, 2023) :

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi.
- b. Bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah
- c. Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan bawa tempat fraktur.
- d. Ketika ekstermitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya.
- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokasi pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur.

5. Patofisiologi fraktur

Fraktur dialami seseorang saat tekanan yang ditempatkan pada tulang lebih dari tingkat kesanggupan tulang untuk menyerapannya. Fraktur dapat dialami dikarenakan trauma langsung ataupun tidak langsung melalui keadaan patologis tulang keropos sehingga melalui adanya tekanan yang ringan berdampak pada patah tulang dengan mudah.

Tulang yang mengalami fraktur tertutup mengalami perubahan fragmen tulang dan spasme otot, ruptur vena atau arteri sehingga mengganggu protein plasma darah, menyebabkan timbulnya odema dan penekanan pembuluh darah, maka terjadi gangguan perfusi darah. Patah tulang atau fraktur berakibat pada tergesernya fragmen tulang yang dapat mengakibatkan timbulnya nyeri hingga mencapai nyeri akut. Tindakan bedak dengan cara eksternal atau internal akan menyebabkan timbulnya nyeri serta memerlukan perawatan pasca operasi, maka mengakibatkan gangguan mobilitas fisik (Cahyati et al., 2023).

6. Komplikasi fraktur

Komplikasi fraktur (Wijonarko and Jaya Putra, 2023) dibagi menjadi dua yaitu :

a. Komplikasi awal

1) Syok hipovolemik

Terjadi dikarenakan adanya perdarahan tulang yang merupakan organ vaskuler sehingga terjadi perdarahan yang sangat besar sebagai akibat dari trauma khususnya pada fraktur femur dan fraktur pelvis.

2) Emboli lemak

Ketika mengalami fraktur, globula lemak masuk ke dalam darah dikarenakan adanya tekanan sumsum tulang yang lebih tinggi dibandingkan dengan tekanan kapiler katekolamin yang dilepas memobilisasikan lemak ke dalam sirkulasi darah. Selanjutnya globula lemak bergabung ke dalam trombosit menyusun emboli yang bisa mengambat pembuluh darah kecil yang menghantarkan darah ke ginjal, paru-paru, otak, serta organ-organ lain.

b. Komplikasi berat

1) *Delayed union*

Delayed Union adalah gagalnya fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang diperlukan oleh tulang dalam proses penyambungan, diakibatkan oleh menurunnya suplai darah ke tulang.

2) *Malunion*

Mal Union adalah proses penyembuhan tulang dengan tanda-tanda seperti meningkatnya kekuatan dan terjadinya deformitas atau perubahan bentuk. *Mal Union* diterapkan dengan proses bedah dan remobilisasi yang baik

3) *Non union*

Non Union merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat dan stabil setelah 6-9 bulan. *Non union* ditandai dengan adanya pergerakan yang berlebih pada sisi fraktur yang membentuk sendi palsu atau *pseudoarthrosis*. Ini juga disebabkan karena aliran darah yang kurang.

B. Konsep Nyeri Akut pada Pasien Post Operatif *Close Fracture*

1. Pengertian nyeri akut

Nyeri adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karna perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengefakuasi rasa nyeri yang dialaminya. Internasional Association for Study of Pain (IASP), mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Alamanda et al., 2019).

Nyeri akut didefinisikan sebagai nyeri yang dirasakan seseorang selama beberapa detik sampai dengan enam bulan. Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba, umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, jika ada kerusakan maka berlangsung tidak lama dan tidak ada penyakit spesifik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan proses penyembuhan (Pinzon, 2016). Nyeri akut merupakan 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).

2. Tanda dan gejala nyeri akut

Tanda dan gejala diagnosis keperawatan nyeri akut sesuai Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) terbagi menjadi tanda dan gejala mayor serta tanda dan gejala minor yang diuraikan dalam bentuk tabel sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016):

Tabel 1
Data Mayor dan Data Minor Nyeri Akut

Tanda dan gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Minor		1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

3. Penyebab nyeri akut

Penyebab masalah keperawatan sesuai Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) adalah sebagai berikut:

a. Agen pencedera fisiologi, terdiri dari:

- 1) Inflamasi
- 2) Iskemia
- 3) Neoplasma

b. Agen pencedera

- 1) Terbakar
- 2) Bahan kimia iritan

c. Agen pencedera fisik, terdiri dari:

- 1) Abses

- 2) Amputasi
- 3) Terbakar
- 4) Terpotong
- 5) Mengangkat berat
- 6) Prosedur operasi
- 7) Trauma
- 8) Latihan fisik berlebihan

4. Pengukuran derajat nyeri

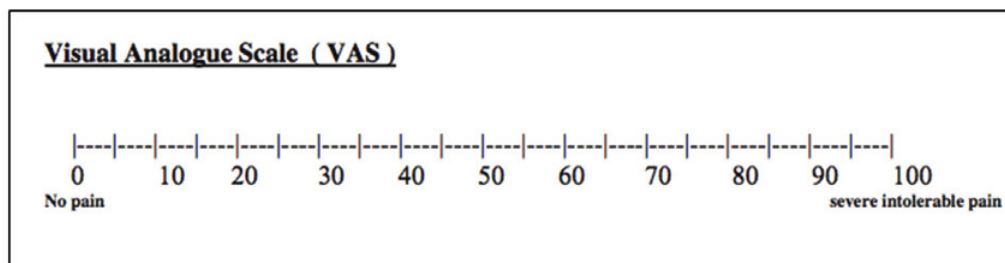
Nyeri setelah operasi diharuskan untuk dievaluasi dan diberikan penatalaksanaan yang optimal. Tidak adekuatnya tata laksana yang dilakukan akan berujung pada meningkatnya rasa cemas, nyeri, gangguan tidur, mobilitas terganggu, serta distress emosional. Asasmen yang adekuat dibutuhkan sebagai dasar memberikan penatalaksanaan yang adekuat. Tata laksanaan yang adekuat akan mengarahkan pada kesembuhan yang cepat, minimnya komplikasi, risiko nyeri persisten yang lebih minim, serta meningkatnya rasa puas pada klien. Esesmen dilaksanakan dengan alat ukur yang telah memiliki standar dan sudah dilakukan validiasi, seperti untuk pengukuran intensitas nyeri bisa diterapkan diantaranya (Pinzon, 2016) :

a. Visual Analog Scale (VAS)

Visual Analogue Scale adalah skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Penggunaannya sangat banyak dalam praktek klinik dan penelitian. VAS adalah skala kontinyu horisontal atau vertikal yang pada umumnya memiliki panjang 10 cm (100 mm) dengan dua kubu ekstrim, yaitu 0 “tanpa nyeri” dan 100 mm “nyeri paling hebat yang bisa dibayangkan”. Nilai VAS diisi sendiri oleh pasien. Pemeriksa meminta

pasien untuk menunjuk satu titik di garis antara titik 0 dan 100. Pemeriksa mengukur jarak dari titik yang ditunjuk oleh pasien dari titik nol.

Skala VAS dinilai dengan menggunakan kertas dan alat tulis berupa pensil. Maka dari itu teknik ini tidak dapat dilaksanakan dengan cara verbal ataupun melewati telepon. Pelatihan yang khusus tidak diperlukan dalam menerapkan metode ini. Jika dilakukan fotokopi pada kertas skala untuk memperbanyak lembarannya, maka diharuskan untuk memperhatikan setiap garisnya tidak mengalami perubahan. Penelitian terdahulu mengungkapkan skor VAS horizontal sedikit lebih rendah dibandingkan dengan skor VAS vertikal jika dikerjakan pada klien yang sama. Pada kasus evaluasi secara berkala, maka pengukuran Vas diharuskan untuk stabil pada tiap-tiap waktu. Nilai VAS diklasifikasikan menjadi nyeri intensitas ringan pada titik 0 sampai 44 mm, intensitas sedang pada titik 45 mm sampai dengan 74 mm, serta intensitas berat antara 75 mm sampai 100 mm. Nilai VAS diambil pada awalnya untuk bidang psikologis. Nilai ini diterapkan dengan meluas dengan kekonsistenan yang baik. Penelitian sebelumnya mengungkapkan VAS mempunyai kemampuan yang baik dalam melakukan penilaian mengurangi nyeri pasca terapi analgesia.

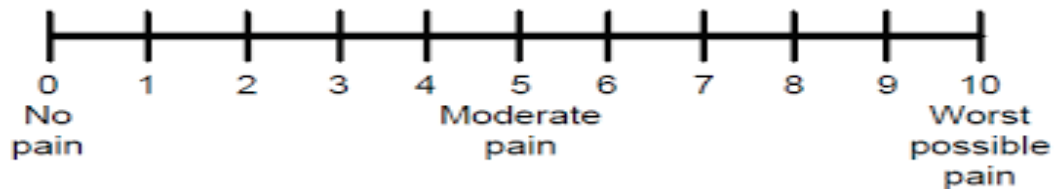


Sumber: (Pinzon, 2016)

Gambar 1 Visual Analog Scale (VAS)

b. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala NRS termasuk skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Skala ini menyerupai skala VAS namun merupakan versi angkanya melalui penggambaran skala 0 sampai 10. Secara umum skala disajikan berupa garis. Terdapat 11 nilai untuk NRS yang meliputi) yang berarti tidak sakit sama sekali hingga skala 10 yang berarti nyeri hebat yang dapat dibayangkan. Nilai NRS dapat diterapkan untuk mengevaluasi nyeri. Secara umum pengukuran kedua dilaksanakan tidak melebihi 24 jam setelah dilakukannya pengukuran awal. Adapun pengelompokan rasa nyeri pada skala ini meliputi 1-3 bermakna nyeri ringan, 4-6 bermakna nyeri sedang, dan 7-10 yang bermakna nyeri hebat. Nilai NRS bisa didapatkan dengan waktu yang kurang dari 1 menit serta bisa dilakukan dengan praktis. Nilai NRS mempunyai kekonsistenan yang tinggi dan bisa diterapkan dalam mengevaluasi pasca terapi nyeri.



Sumber: (Pinzon, 2016)

Gambar 2 Numeric Rating Scale (NRS)

c. *Wong Baker Pain Rating Scale*

Unuk kelompok umur anak-anak bisa diterapkan dengan skala wajah yang berisikan 6 (enam) wajah. Adapun wajah diurutkan dengan diawali wajah senang yang berarti tidak sakit hingga wajah ke-5 dengan digambarkan menangis yang berarti sakit yang bisa dibayangkan. Skala nyeri wajah bisa diukur dalam bentuk revisi yang

menjabarkan skala 0 sampai dengan 10 dengan sebanyak 6 (enam) wajah, sehingga dirancang nilai skala yang terdiri dari 0-2-4-6-8-10.



Sumber: (Pinzon, 2016)

Gambar 3 Wong Baker Pain Rating Scale

d. *Verbal Rating Scale* (VRS)

Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat dinyatakan dengan tidak ada rasa nyeri, sedang, dan parah. Rasa nyeri yang mereda atau menghilang bisa diungkapkan dengan sama sekali tidak hilang, agak berkurang, cukup berkurang, hilang sama sekali. Skala ini tidak mampu membedakan sejumlah tipe nyeri dikarenakan membatasi pilihan kata pada klien (Yudiyanta et al., 2015).

5. Penatalaksanaan nyeri akut

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) rencana tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien post operatif *close fracture* dengan nyeri akut mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu:

a. Intervensi utama

1) Manajemen nyeri

Manajemen nyeri merupakan tindakan mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Manajemen nyeri ini terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi

a) Observasi

(1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

(2) Identifikasi skala nyeri

(3) Identifikasi respon nyeri non verbal

(4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

(5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

(6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

(7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

(8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

(9) Monitor efek samping analgetik

b) Terapeutik

(1) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

(2) Berikan teknik non farmakologi (misalnya TENS, hypnosis, akupresure, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain, terapi distraksi)

(3) Fasilitasi istirahat dan tidur

(4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c) Edukasi

- (1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- (5) Ajarkan teknik nonfarmakologis

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

6. Patofisiologi nyeri akut

Stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi merupakan sebuah mekanisme yang mana akhiran saraf aferen mengartikan rangsangan ke dalam impuls nonsensitif. Terdapat 3 (tiga) serabut saraf yang ada pada mekanisme tersebut yakni A-beta, A-delta, dan C. Serabut dengan respon maksimum terhadap stimulasi non-nosius diklasifikasikan menjadi serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut tersebut yaitu A-delta dan C. Silent nociceptor mempunyai keterlibatan pula pada mekanisme transduksi, yaitu serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

Transmisi merupakan suatu mekanisme yang mana impuls dihantarkan ke kornu dorsalis medula spinalis, selanjutnya melewati traktus sensorik hingga sampai ke otak. Neuron aferen primer adalah pengirim serta penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan tahapan berikutnya terhubung dengan banyak neuron spinal.

Modulasi merupakan mekanisme amplifikasi sinyal neural terkait nyeri, proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.

Definisi dari persepsi nyeri yaitu kesadaran terkait dengan pengalaman rasa nyeri. Persepsi ini adalah hasil dari interaksi terjadinya proses transduksi, modulasi, transmisi, aspek psikologi serta karakteristik lain. Definisi dari reseptor nyeri yaitu organ tubuh yang memiliki fungsi sebagai penerima stimulus dari rasa nyeri tersebut. Ujung syaraf bebas dalam kulit adalah organ tubuh yang memiliki peranan dalam reseptor nyeri. Organ tersebut memberikan respon hanya terhadap stimulus yang kuat dan dapat berpotensi menyebabkan kerusakan (Pinzon, 2016).

7. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap adanya rasa nyeri meliputi, dukungan keluarga, umur, pola koping, dan efek placebo. Berdasarkan usianya dapat dijelaskan bahwa anak tidak dapat menjelaskan nyeri yang dialaminya sehingga perawat diharuskan untuk melakukan pengkajian terhadap respon tersebut. Sementara pada seseorang yang telah dewasa biasanya cenderung memberitahukan rasa nyerinya saat sudah terjadi kerusakan. Keluarga serta dukungan sosial diartikan menjadi aspek yang termasuk dengan hadirnya kerabat dekat. Seseorang dengan rasa nyeri memiliki ketergantungan pada keluarganya maupun kerabat dekatnya dengan harapan

mendapatkan dukungan, perlindungan, dan bantuan. Rasa nyeri dapat kian bertambah jika tidak hadirnya keluarga atau kerabat dekat. Hadirnya orang tua adalah sesuatu yang khusus dan krusial teruntuk anak-anak yang sedang menghadapi rasa nyeri. Menurut jenis kelaminnya, laki-laki dan perempuan cenderung memiliki perbedaan yang bermakna terkait dengan reaksi masing-masing terhadap rasa nyeri yang dirasakan. Contohnya anak laki-laki biasanya tidak diperbolehkan menangis, sementara perempuan lebih leluasa untuk menangis pada kondisi yang serupa (Haryanti Butarbutar, 2018).

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien Post Operatif

Close Fracture

Asuhan keperawatan yang diberi perawat harus berpedoman pada pengetahuan dan kompetensi di bidang ilmu keperawatan yang berdasarkan pada apa yang diperlukan oleh pasien, tuntutan globalisasi, dan makin berkembangnya ilmu pengetahuan. Tingkatan profesional seorang perawat bisa dilihat dari pemberian asuhan yang tepat dan terstruktur, yang diawali dari pengkajian sampai pada tahapan evaluasi. Tahapan-tahapan tersebut memiliki keterkaitan satu sama lainnya dan mempunyai makna yang penting untuk perawat sebagai pelaksana dan juga pasien yang ditanganinya. Proses keperawatan merupakan suatu upaya yang dapat menangani permasalahan yang dinamis dan terstruktur dengan sifat individual agar dapat memenuhi kebutuhan pasien yang merupakan manusia dengan segala keunikannya dan memfokuskan kepada kemampuan untuk mengambil keputusan oleh perawat sesuai dengan yang diperlukan pasiennya (Fitriana et al., 2020).

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada pasien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu. Pengkajian keperawatan merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Kemampuan dalam mengobservasi, mengkomunikasikan, mewawancarai serta memeriksa fisik sangatlah krusial demi terwujudnya tahapan pengkajian pada asuhan keperawatan. Tidak akuratnya data yang dikumpulkan akan berdampak pada tidak tepatnya identifikasi kebutuhan pasien tersebut yang berakibat pada tidak lengkapnya dan tidak akuratnya diagnosa keperawatan kemudian akan berlanjut pada asuhan keperawatan yang diberikan menjadi ancaman keselamatan pasien (Fitriana et al., 2020).

Pengkajian yang dilaksanakan untuk pasien dalam kondisi nyeri pasca operasi antara lain:

a. Pengkajian identitas

Identitas pasien yang meliputi nama, jenis kelamin, usia, agama, pendidikan, pekerjaan, nomor rekam medis, diagnosa medis dan dilengkapi dengan identitas seseorang yang menjadi penanggung jawabnya yakni meliputi nama, alamat, serta hubungannya dengan pasien yang bersangkutan.

b. Keluhan utama

Secara umum keluhan utama kasus fraktur yang telah melewati tahapan pembedahan yaitu nyeri di luka operasinya.

c. Riwayat kesehatan

Pengumpulan data yang dilaksanakan agar memungkinkan dalam mengetahui penyebab fraktur, yang selanjutnya akan menunjang penyusunan perencanaan tindakan kepada pasien. Pengkajian nyeri bisa dilaksanakan melalui penerapan PQRST yakni mencakup:

P (*Provoing incident*): Pengkajian untuk mengidentifikasi faktor yang menjadi predisposisi nyeri

Q (*Quality of pain*): Pengkajian untuk mengetahui bagaimana rasa nyeri dirasakan secara subjektif

R (*Region*): Pengkajian untuk mengidentifikasi letak nyeri secara tepat

S (*Severity/Scale*): Pengkajian untuk menentukan skala dari rasa nyeri yang dirasakan

T (*Time*): Pengkajian untuk mendeteksi waktu berapa lama nyeri berlangsung

d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala dan wajah:

Pengkajian dilakukan pada area kepala sampai wajah, meliputi bentuk kepala, ada atau tidaknya luka ataupun bengkak pada wajah.

2) Leher

Pengkajian dilakukan di area leher meliputi ada atau tidaknya pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis

3) Dada

Inspeksi thoraks, frekuensi napas, pemeriksaan paru: palpasi getaran suara teraba sama atau tidak, auskultasi: pemeriksaan suara napas tambahan.

4) Abdomen dan pinggang

Inspeksi berupa ada atau tidaknya luka, perut kembung, palpasi berupa ada atau tidaknya nyeri tekan auskultasi berupa frekuensi bising usus

5) Pelvis dan perineum

Ada atau tidaknya bentuk abnormal

6) Ekstremitas atas: pengkajian bentuk, ada atau tidaknya edema dan luka

Ekstremitas bawah: pengkajian berupa inspeksi bekas operasi, kekuatan otot, nyeri yang dirasakan

7) Psikologi kultural

Pada pengkajian psikologi kultural yang dikaji berupa pola pikir pasien, persepsi diri, pola pikir suasana hati, sikap yang ditunjukkan atas keluhan yang dirasakan dan sistem kepercayaan pasien selama dilakukannya proses perawatan.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan didefinisikan menjadi sebuah penilaian klinis yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan yang dialami pasien ataupun proses hidup yang dilewatinya dengan aktual ataupun potensial. Diagnosis keperawatan dilakukan atas dasar tujuan yakni agar dapat menganalisis respon pasien, keluarganya, dan komunitas terhadap keadaan yang berhubungan dengan bidang kesehatan.

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau

berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi yang sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Jenis-jenis diagnosis keperawatan dapat diuraikan menjadi tiga jenis yaitu:

a. Diagnosis aktual

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klinis

b. Diagnosis risiko

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan

c. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Perumusan diagnosis keperawatan nyeri akut pasien anak post operatif *close fracture* di Ruang Cilinaya berdasarkan format penulisan diagnosis keperawatan yaitu: nyeri akut berhubungan dengan faktor pencedera fisik (prosedur pembedahan) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif,

gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, pola napas berubah, nafsu makan berubah.

3. Rencana keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Komponen dari intervensi keperawatan yaitu label, definisi, dan tindakan (observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Komponen luaran keperawatan terdapat tiga yaitu label, ekspektasi dan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Rencana keperawatan pada diagnosis keperawatan nyeri akut mengacu pada standar luaran keperawatan dengan label tingkat nyeri (L.08066) dan standar intervensi keperawatan indonesia dengan intervensi utama label manajemen nyeri (I.08238) yang ditambahkan dengan pemberian *hold fingers*.

Tabel 2
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Menarik diri menurun 7. Berfokus pada diri sendiri menurun 8. Frekuensi nadi membaik 9. Pola napas membaik	Intervensi utama Manajemen nyeri (I.08238) 1. Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 2. Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. genggam jari) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 3. Edukasi a. Jelaskan strategi meredakan nyeri b. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4. Kolaborasi a. Kolaborasikan pemberian analgetik

Sumber: SDKI (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), SLKI (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019), SIKI (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Supratti and Ashriady, 2016).

Implementasi keperawatan masalah nyeri akut pada anak yang mengalami post operatif *close fracture* sesuai dengan standar intervensi keperawatan indonesia yaitu manajemen nyeri. Pemberian implementasi dilengkapi dengan tanggan dan waktu, respon pasien setelah diberikan tindakan keperawatan, dan paraf perawat pemberi asuhan keperawatan.

Tabel 3
Implementasi Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Dengan
Hold Fingers* Pada Pasien Anak Post Operatif *Close Fracture
Di Ruang Cilinaya RSD Mangusada

Waktu	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, pukul berapa diberikan tindakan	Tindakan keperawatan 1. Observasi a) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri b) Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri c) Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup d) Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan e) Memonitor efek samping penggunaan analgetik 2. Terapeutik a) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. genggam jari) b) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c) Memfasilitasi istirahat dan tidur) 3. Edukasi a) Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu b) Menjelaskan strategi meredakan nyeri c) Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri d) Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Kolaborasi a) Melakukan kolaborasi pemberian analgesik	Respon dari pasien setelah diberikan tindakan berupa data subjektif dan data objektif	Sebagai bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang

Sumber: (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahapan akhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan. Tahapan ini menjabarkan tujuan dari pelaksanaan asuhan sudah dicapai ataupun membutuhkan pendekatan yang lainnya Suwignjo et al., 2022 *dalam* Bustan & Purnama, 2023

Dokumentasi evaluasi keperawatan adalah catatan mengenai indikasi perkembangan pasien terkait dengan tujuan yang diinginkan. Evaluasi keperawatan memberikan penilaian efektivitas perawatan serta memberitahukan status kesehatan pasien sesudah diberikan intervensi dan memberikan informasi yang memungkinkan dilakukannya revisi keperawatan yang disesuaikan dengan kondisi pasien sesudah proses evaluasi. Jenis jenis evaluasi pada asuhan keperawatan yakni (Adinda, 2019):

- a. Evaluasi formatif (proses) yaitu kegiatan dalam asuhan keperawatan dan hasil dari kualitas pelayanan yang diberikan. Evaluasi proses wajib dilakukan segera setelah penerapan rencana keperawatan agar dapat menunjang penilaian tingkat keefektifan intervensi yang dilaksanakan. Selain itu evaluasi ini hendaknya dilakukan secara kontinuitas sampai mencapai tujuan yang ditetapkan. Metode yang diterapkan dalam mengumpulkan data yakni analisis rencana asuhan keperawatan, wawancara, observasi pasien, pertemuan kelompok, serta pemanfaatan form evaluasi yang dituliskan dalam catatan keperawatan.
- b. Evaluasi Sumatif (hasil) yaitu rekapan dan simpulan dari pengamatan dan analisis status kesehatan sesuai waktu dalam tujuannya. Dituliskan di catatan perkembangan. Evaluasi ini memfokuskan pada perubahan perilaku atau status

kesehatan pasien di akhir tahapan keperawatan yang dilakukan di akhir dengan paripurna.

Tabel 4
Evaluasi Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Dengan *Hold Fingers*
Pada Pasien Anak Post Operatif *Close Fracture*
Di Ruang Cilinaya RSD Mangusada

Waktu	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
Ditulis dengan hari, tanggal, bulan, tahun dan pukul berapa evaluasi keperawatan dilakukan	S (Subjektif): Pasien mengatakan tidak lagi merasa nyeri O (Objektif): 1. Meringis menurun 2. Sikap protektif menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Pola napas membaik A (Asesmen): Masalah teratasi dengan tingkat nyeri menurun P(Planning) Pertahankan kondisi pasien dengan melanjutkan rencana keperawatan	Sebagai bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang

Sumber: SLKI (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

D. Konsep *Hold Fingers*

1. Definisi *hold fingers*

Menurut National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health (2014), praktik *finger hold* atau teknik genggam jari adalah teknik sederhana membantu untuk mengendalikan perasaan emosi, rasa nyeri dan manajemen stress.

Teknik ini adalah bagian dari dari teknik jin shin jyutsu yaitu akupresure dari negara Jepang. Suatu bentuk senin yang memanfaatkan sentuhan tangan

yang sederhana dan pernapasan yang menyeimbangkan energi yang ada pada tubuh. Tangan yang terdiri dari jari dan telapaknya merupakan bantuan yang sederhana dan jitu dalam menyeimbangkan dan menyelaraskan tubuh. Tiap-tiap jarinya memiliki hubungan dengan perasaan di keseharian kehidupan, yakni meliputi ibu jari berkaitan dengan rasa kekhawatiran, jari telunjuk berkaitan dengan rasa takut, jari tengah berkaitan dengan amarah, jari manis berkaitan dengan rasa sedih, dan kelingking berkaitan dengan kecil hati dan kerendahan hati (Maghfuroh et al., 2023).

2. Tujuan *hold fingers*

Relaksasi ini diterapkan melalui genggamannya kelima jari satu persatu yang diawali dengan ibu jari sampai kelingking dengan durasi berkisar antara 3 sampai 5 menit. Sentuhan pada ibu jari diyakini mampu meringankan cemas dan sakit pada kepala. Sementara genggamannya jari telunjuk diterapkan agar meredakan ketakutan, nyeri otot, dan rasa frustrasi. Jari tengah berkaitan dengan peredaran darah dan rasa lelah. Sentuhan jari tengah dapat membuat efek relaksasi yang mampu meredakan emosi dan rasa lelah yang menghampiri tubuh. Sentuhan di jari manis dapat membantu dalam meredakan permasalahan saluran cerna dan napas, serta juga bisa menangani energi negatif dan rasa kesedihan. Jari kelingking berkaitan langsung dengan organ jantung dan usus kecil. Genggamannya pada jari tersebut diyakini bisa meredakan kegugupan dan stress yang mengganggu (Maghfuroh et al., 2023).

3. Keefektifan *hold fingers*

Manajemen nyeri bisa terbagi ke dalam dua jenis yakni manajemen nyeri farmakologis dan non farmakologis. Metode non farmakologis adalah usaha yang

diterapkan untuk meredakan atau mengatasi nyeri dengan salah satunya yaitu genggam jari.

Sejalan dengan penelitian Larasati and Hidayati (2022) penerapan teknik nonfarmakologis ini dapat memberi efek yang signifikan dalam menangani nyeri. Teknik ini memiliki keterkaitan dengan jari tangan dan aliran energi yang ada pada tubuh manusia. Genggaman dilakukan sembari tarikan napas yang mendalam atau relaksasi bisa meredakan atau menghilangkan fisik yang tegang dan emosi. Metode tersebut bisa menghangatkan titik masuk dan keluar energi ada jalur energi di tubuh manusia yang letaknya ada di tangan. Hal tersebut dapat memberi stimulasi yang spontanitas pada saat digenggam. Rangsangan yang diperoleh akan dialirkan oleh gelombang hingga sampai pada otak, selanjutnya berlanjut ke saraf organ tubuh yang sedang mengalami gangguan dan memperlancar area yang menjadi jalur energi yang tersumbat. Metode ini juga membantu pikiran, tubuh, dan jiwa agar sampai pada titik relaksasi. Kondisi relaksasi secara alamiah akan menjadi pemicu keluarnya hormon yang dapat menyebabkan pengurangan rasa nyeri, yakni hormon endorfin Indrawati & Arham (2020) *dalam* Larasati and Hidayati (2022).

4. Standar Operasional Prosedur (SOP) *hold fingers*

Tabel 5
SOP Genggam Jari

Pengertian	Teknik relaksasi genggam jari merupakan intervensi non-farmakologis dalam manajemen nyeri, teknik ini dapat dilakukan oleh siapa saja, dan dimana saja. Teknik relaksasi ini adalah kombinasi dari relaksasi nafas dalam dan genggam jari. Sensasi yang dirasakan ini memberikan rasa kenyamanan, menghilangkan rasa stress pada fisik dan peningkatan toleransi terhadap rasa sakit.
Tujuan	1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas 2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam 3. Memberikan sensasi rasa nyaman pada tubuh 4. Menenangkan pikiran dan mengendalikan emosi
Prosedur	Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan manfaat 3. Menjelaskan prosedur pelaksanaan 4. Menanyakan persetujuan responden Tahap Kerja 1. Posisikan pasien berbaring lurus ditempat tidur atau posisikan pasien duduk 2. Relaksasi dimulai dengan menggenggam jari pada bagian ibu jari, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut 3. Tutup mata, fokus, tarik nafas perlahan dari hidung. Hembuskan perlahan dengan mulut. 4. Genggam ibu jari selama kurang lebih 3-5 menit sembari tarik nafas perlahan dari hidung, lalu hembuskan perlahan melalui mulut dan dilakukan satu persatu dengan rentang waktu yang sama Tahap Terminasi 1. Berikan reinforcement positif atas keberhasilan pasien melakukan teknik relaksasi genggam jari 2. Melakukan evaluasi tindakan lalu catat dan dokumentasikan hasil dari observasi yang telah dilakukan

Sumber: (Rifti Ekawati et al., 2022)