

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Tindakan ORIF Pada Fraktur Ekstremitas Bawah

1. Pengertian

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Price & Wilson, 2006). Fraktur ekstremitas bawah merupakan hilangnya kontinuitas tulang femur, tibia fibula, dan jari-jari kaki (Clevo & TH, 2012).

2. Penatalaksanaan fraktur ekstremitas bawah

Penatalaksanaan fraktur ekstremitas bawah salah satunya yaitu dengan tindakan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*). Menurut Potter dan Perry (2010), ORIF adalah suatu jenis tindakan pembedahan dengan pemasangan fiksasi internal yang dilakukan ketika fraktur tidak dapat direduksi secara baik dengan reduksi tertutup, untuk mempertahankan posisi tulang yang tepat pada fragmen fraktur.

B. Konsep Nyeri Akut Pada Pasien Fraktur Post ORIF Ekstremitas Bawah

1. Pengertian

Nyeri merupakan perasaan yang sangat tidak menyenangkan dan sensasi yang tidak dapat dibagi dengan orang lain, nyeri dapat memenuhi pikiran seseorang, mengarahkan semua aktivitas, dan mengubah kehidupan seseorang. Nyeri lebih dari sekadar sebuah gejala, nyeri merupakan masalah yang berprioritas tinggi (Kozier, et al, 2011).

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional. Nyeri ini timbul dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2016).

Nyeri Akut post ORIF merupakan nyeri berat yang dirasakan oleh pasien pasca ORIF dikarenakan trauma skelet dan pembedahan yang dilakukan pada tulang, otot, maupun sendi. Nyeri pasca ORIF memiliki intensitas nyeri hebat dengan durasi 3 hari (Smeltzer & Bare, 2002).

2. Penyebab nyeri akut pada pasien post ORIF fraktur ekstremitas bawah

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) penyebab dari nyeri akut post ORIF yaitu agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik yang berlebihan) (PPNI, 2016). Pasca pembedahan ORIF, pasien akan merasakan nyeri yang berat dikarenakan trauma skelet dan pembedahan yang dilakukan pada tulang, otot, maupun sendi. Dan juga dikarenakan adanya edema, hematoma, serta spasme otot yang menyebabkan nyeri pasca ORIF hingga beberapa hari pertama setelah dilakukannya pembedahan (Smeltzer & Bare, 2002).

3. Faktor yang mempengaruhi nyeri akut pada pasien post ORIF fraktur ekstremitas bawah

Menurut (Kozier, et al, 2011) berbagai faktor dapat mempengaruhi persepsi dan reaksi seseorang terhadap nyeri. Faktor ini mencakup nilai etnik dan budaya seseorang, tahap perkembangan, lingkungan dan orang pendukung, pengalaman nyeri sebelumnya dan makna nyeri saat ini, serta ansietas dan stres.

4. Proses terjadinya nyeri akut pada pasien post ORIF fraktur ekstremitas bawah

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. Tanda dan gejala nyeri akut pada pasien post ORIF fraktur ekstremitas bawah

Gejala dan tanda nyeri akut post ORIF menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2016) terdiri dari gejala dan tanda mayor serta minor. Gejala mayor meliputi subjektif dan objektif, adapun bagian dari gejala mayor subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri, sedangkan gejala mayor objektif meliputi pasien tampak meringis, bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, dan frekwensi nadi meningkat.

Gejala minor meliputi tanda dan gejala subjektif serta objektif. Tanda gejala minor subjektif tidak ditemukan adanya gejala, sedangkan pada gejala minor objektif meliputi

tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

6. Dampak nyeri akut pada pasien post ORIF fraktur ekstremitas bawah

Nyeri akut post ORIF menyebabkan pasien merasa takut untuk melakukan mobilisasi yang dapat mengakibatkan Trombosis Vena Profunda (Smeltzer & Bare, 2002). Seseorang yang mengalami nyeri akan terganggu aktivitas sehari-harinya seperti istirahat tidur, pemenuhan kebutuhan individual, dan interaksi sosial yang berupa menghindari kontak, menghindari percakapan bahkan menarik diri. Selain itu seseorang yang mengalami nyeri yang hebat apabila tidak segera ditangani akan mengakibatkan syok neurologik (Aini & Reskita, 2018).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post ORIF Ekstremitas Bawah.

1. Pengkajiankeperawatan.

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan. Pada pengkajian semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien (Asmadi, 2008). Secara umum pengkajian keperawatan pada pasien post ORIF fraktur ekstremitas bawah meliputi pengkajian identitas pasien, alasan masuk rumah sakit, riwayat penyakit, pemenuhan kebutuhan dasar, pemeriksaan penunjang.

Pengkajian fokus pada pasien post ORIF fraktur ekstremitas bawah dengan masalah keperawatan nyeri akut menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

(PPNI, 2016), untuk mendapatkan data dan gejala mayor dan minor dengan mengkaji data mayor subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri, data mayor objektif yaitu pasien tampak meringis, bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, dan frekwensi nadi meningkat. Sedangkan pada tanda minor yang perlu dikaji meliputi data minor objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

2. Diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan terdiri dari tiga komponen yaitu *problem, etiology, sign & symptom* (PES) yang bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI 2016).

Berdasarkan data fraktur yang didapat pada tahap pengkajian maka masalah keperawatan yang dapat dirumuskan adalah nyeri akut. Setelah analisis masalah maka diagnosa keperawatan yang dapat disimpulkan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan/ORIF) yang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, frekwensi nadi meningkat, sulit tidur.

3. Perencanaan keperawatan.

Perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang

akan melakukan tindakan keperawatan. Karenanya, dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk pasien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal (Asmadi, 2008). Perencanaan keperawatan mencakup diagnosa keperawatan, kriteria hasil, dan intervensi keperawatan.

Tujuan dan kriteria hasil untuk masalah Nyeri Akut mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2018) adalah sebagai berikut :

Tujuan dan kriteria hasil

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

a. Tingkat nyeri

Ekspektasi : Menurun

Kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun (skala 5)
- 2) Meringis menurun (skala 5)
- 3) Sikap protektif menurun (skala 5)
- 4) Gelisah menurun (skala 5)
- 5) Kesulitan tidur menurun (skala 5)
- 6) Menarik diri menurun (skala 5)
- 7) Berfokus pada diri sendiri menurun (skala 5)
- 8) Diaforesis menurun (skala 5)
- 9) Perasaan depresi (tertekan) menurun (skala 5)
- 10) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (skala 5)
- 11) Anoreksia menurun (skala 5)
- 12) Ketegangan otot menurun (skala 5)

- 13) Muntah menurun (skala 5)
- 14) Mual menurun (skala 5)
- 15) Frekuensi nadi membaik (skala 5)
- 16) Pola napas membaik (skala 5)
- 17) Tekanan darah membaik (skala 5)
- 18) Proses berpikir membaik (skala 5)
- 19) Fokus membaik (skala 5)
- 20) Fungsi berkemih membaik (skala 5)
- 21) Perilaku membaik (skala 5)
- 22) Nafsu makan membaik (skala 5)
- 23) Pola tidur membaik (skala 5)

b. Kontrol nyeri

Ekspektasi : meningkat

Kriteria hasil :

- 1) Melaporkan nyeri terkontrol meningkat (skala 5)
- 2) Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat (skala 5)
- 3) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat (skala 5)
- 4) Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat (skala 5)
- 5) Dukungan orang terdekat meningkat (skala 5)
- 6) Keluhan nyeri menurun (skala 5)
- 7) Penggunaan analgesik menurun (skala 5)

Intervensi keperawatan untuk menangani masalah nyeri akut mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018).Tindakan yang

direkomendasikan terdiri dari dua intervensi yaitu pemberian analgesik dan manajemen nyeri. Intervensi yang menjadi utama yaitu pemberian analgesik.

a. Pemberian Analgesik

Tindakan :

Obsevasi

- 1) Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)
- 2) Identifikasi riwayat alergi obat
- 3) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
- 4) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik
- 5) Monitor efektifitas analgesik

Terapeutik

- 1) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu
- 2) Pertimbangkan penggunaan infus kontinyu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
- 3) Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien
- 4) Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan

Edukasi

- 1) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi

b. Manajemen nyeri

Tindakan :

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 penggunaan analgetik

Terapeutik

- 1) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

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 non- farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu

4. Implementasi keperawatan.

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana atau tindakan asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi 2008). Tahap ini akan muncul bila perencanaan diaplikasikan pada pasien.

Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang dibuat pada perencanaan sesuai dengan kondisi pasien (Debora, 2012). Implementasi keperawatan akan sukses sesuai dengan rencana jika perawat mempunyai kemampuan kognitif, kemampuan hubungan interpersonal, dan ketrampilan dalam melakukan tindakan yang berpusat pada kebutuhan pasien (Dermawan, 2012)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan meliputi perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008). Kriteria hasil untuk

masalah Nyeri Akut mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2018) adalah sebagai berikut :

Kriteria hasil

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI):

a. Tingkat nyeri

Ekspektasi : Menurun

Kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun (skala 5)
- 2) Meringis menurun (skala 5)
- 3) Sikap protektif menurun (skala 5)
- 4) Gelisah menurun (skala 5)
- 5) Kesulitan tidur menurun (skala 5)
- 6) Menarik diri menurun (skala 5)
- 7) Berfokus pada diri sendiri menurun (skala 5)
- 8) Diaforesis menurun (skala 5)
- 9) Perasaan depresi (tertekan) menurun (skala 5)
- 10) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (skala 5)
- 11) Anoreksia menurun (skala 5)
- 12) Ketegangan otot menurun (skala 5)
- 13) Muntah menurun (skala 5)
- 14) Mual menurun (skala 5)
- 15) Frekuensi nadi membaik (skala 5)
- 16) Pola napas membaik (skala 5)

- 17) Tekanan darah membaik (skala 5)
- 18) Proses berpikir membaik (skala 5)
- 19) Fokus membaik (skala 5)
- 20) Fungsi berkemih membaik (skala 5)
- 21) Perilaku membaik (skala 5)
- 22) Nafsu makan membaik (skala 5)
- 23) Pola tidur membaik (skala 5)

b. Kontrol nyeri

Ekspektasi : meningkat

Kriteria hasil :

- 1) Melaporkan nyeri terkontrol meningkat (skala 5)
- 2) Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat (skala 5)
- 3) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat (skala 5)
- 4) Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat (skala 5)
- 5) Dukungan orang terdekat meningkat (skala 5)
- 6) Keluhan nyeri menurun (skala 5)
- 7) Penggunaan analgesik menurun (skala 5)