

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Medis : Fraktur

2.1.1 Definisi

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, retak ataupun patahnya tulang secara utuh. Fraktur atau patah tulang dapat disebabkan karena trauma atau nontrauma (Wahyuni, 2021). Fraktur *intertrochanter* femur adalah terputusnya kontinuitas tulang pada area diantara trochanter mayor dan trochanter minor yang bersifat ekstrakapsular (Noor 2016; dalam Okte, 2022). Fraktur *intertrochanter* merupakan salah satu dari tiga jenis fraktur femur proksimal (*hip fracture*). Bagian proksimal femur terdiri dari *caput femoris*, *collumn femoris*, dan dua trokanter (trokanter mayor dan trokanter minor) (Agustini *et al.*, 2021).

2.1.2 Etiologi

- a. Trauma Sebagian besar fraktur disebabkan oleh kekuatan otot yang tiba-tiba dan berlebihan (Noor 2016; dalam Okte, 2022)..
 - a) Pemuntiran, atau penarikan, benturan pada tulang dan mengakibatkan fraktur pada tempat tersebut. Bila terkena kekuatan langsung, tulang dapat patah pada tempat yang terkena; jaringan lunak juga pasti rusak
Trauma langsung: dapat berupa pemukulan, penghancuran, penekukan,
 - b) Trauma tidak langsung : Bila terkena kekuatan tak langsung, tulang dapat mengalami fraktur pada tempat yang jauh dari tempat yang terkena kekuatan itu, kerusakan jaringan lunak di tempat fraktur

mungkin tidak ada Trauma muskuloskeletal yang bisa menjadi fraktur dapat dibagi menjadi trauma langsung dan tidak langsung.

b. Kompresi

Retak dapat terjadi pada tulang, sama halnya seperti pada logam dan benda lain, akibat tekanan berulang-ulang.

a. *Compression force*: klien yang melompat dari tempat ketinggian dapat mengakibatkan fraktur kompresi tulang belakang.

b. *Muscle* (otot): akibat injuri/sakit terjadi regangan otot yang kuat sehingga dapat menyebabkan fraktur (misal; elektrik shock dan tetani)

c. Patologik.

Fraktur dapat terjadi karena tekanan yang normal apabila tulang itu lemah (misalnya oleh tumor) atau apabila tulang itu sangat rapuh (misalnya pada penyakit paget). Proses penyakit: kanker dan *riketsia*.

2.2.3 Klasifikasi

Ada 2 tipe fraktur femur, yaitu :

a. Fraktur *intrakapsuler*

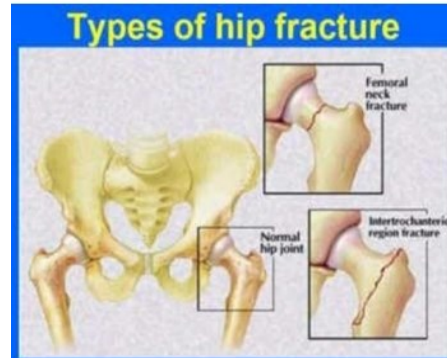
Terjadi didalam tulang sendi, panggul dan kapsula. Melalui kepala femur, hanya dibawah kepala femur, melalui leher dari femur

b. Fraktur *ekstrakapsuler*

Terjadi diluar sendi dan kapsul, melalui *trochanter* femur yang lebih besar atau yang lebih kecil atau pada daerah *intertrochanter* .Terjadi dibagian distal menuju leher femur tetapi tidak lebih dari 2 inci dibawah trochanter kecil.

Fraktur *intertrochanter* didefinisikan sebagai femur proksimal dimana garis fraktur terjadi mulai dari basis *collum ekstrakapsular* menuju regio sepanjang *trochanter* minor sampai regio sebelum terbentuknya canalis medularis. Fraktur *intertrochanter* femur merupakan fraktur antara *trochanter* mayor dan *inttrochanter* minor femur. Fraktur ini termasuk fraktur *ekstrakapsular*. Banyak terjadi pada orang tua terutama pada wanita (di atas usia 60 tahun). Biasanya traumanya ringan seperti jatuh kepleset, lalu daerah pangkal paha terbentur lantai. Hal ini dapat terjadi karena pada wanita tua, tulang sudah mengalami osteoporosis *post* menopause. Pada orang dewasa dapat terjadi fraktur ini disebabkan oleh trauma dengan kecepatan tinggi (tabrakan motor).

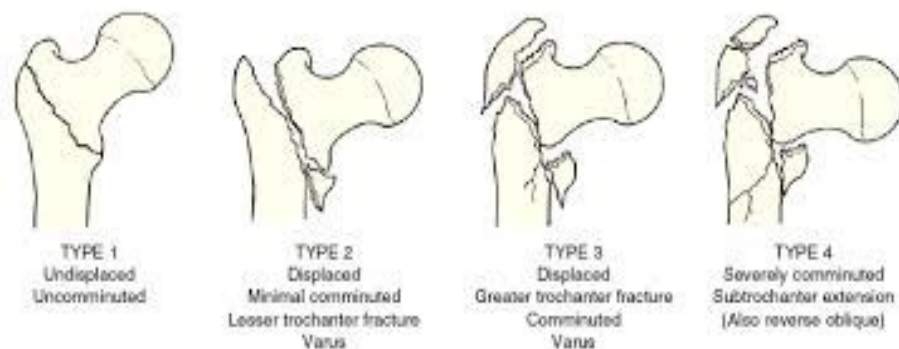
Klasifikasi untuk *intertrochanter* adalah berdasarkan stabilitas dari pola fraktur, yaitu fraktur stabil (pola fraktur *oblik* standar) dan fraktur tidak stabil (pola fraktur *oblik reverse*). Pada fraktur ini, garis fraktur melintang dari *trochanter* mayor ke *trochanter* minor. Tidak seperti fraktur *intracapsular*, salah satu tipe fracture *extracapsular* ini dapat menyatu dengan lebih baik. Resiko untuk terjadinya komplikasi *non-union* dan nekrosis avaskular sangat kecil jika dibandingkan dengan resiko pada fraktur *intracapsular*. Fracture dapat terjadi akibat trauma langsung pada *trochanter* mayor atau akibat trauma tidak langsung yang menyebabkan *twisting* pada daerah tersebut.



Gambar 2.1 Klasifikasi Fraktur Femur (Okte, 2022)

Berdasarkan klasifikasi Kyle (1994) dalam (Okte, 2022), fraktur *intertrochanteric* dapat dibagi menjadi 4 tipe menurut kestabilan fragmen-fragmen tulangnya. Fraktur dikatakan tidak stabil jika:

- a. Hubungan antar fragmen tulang kurang baik.
- b. Terjadi *force* yang berlangsung terus menerus yang menyebabkan *displaced* tulang menjadi semakin parah.
- c. Fraktur disertai atau disebabkan oleh adanya osteoporosis.



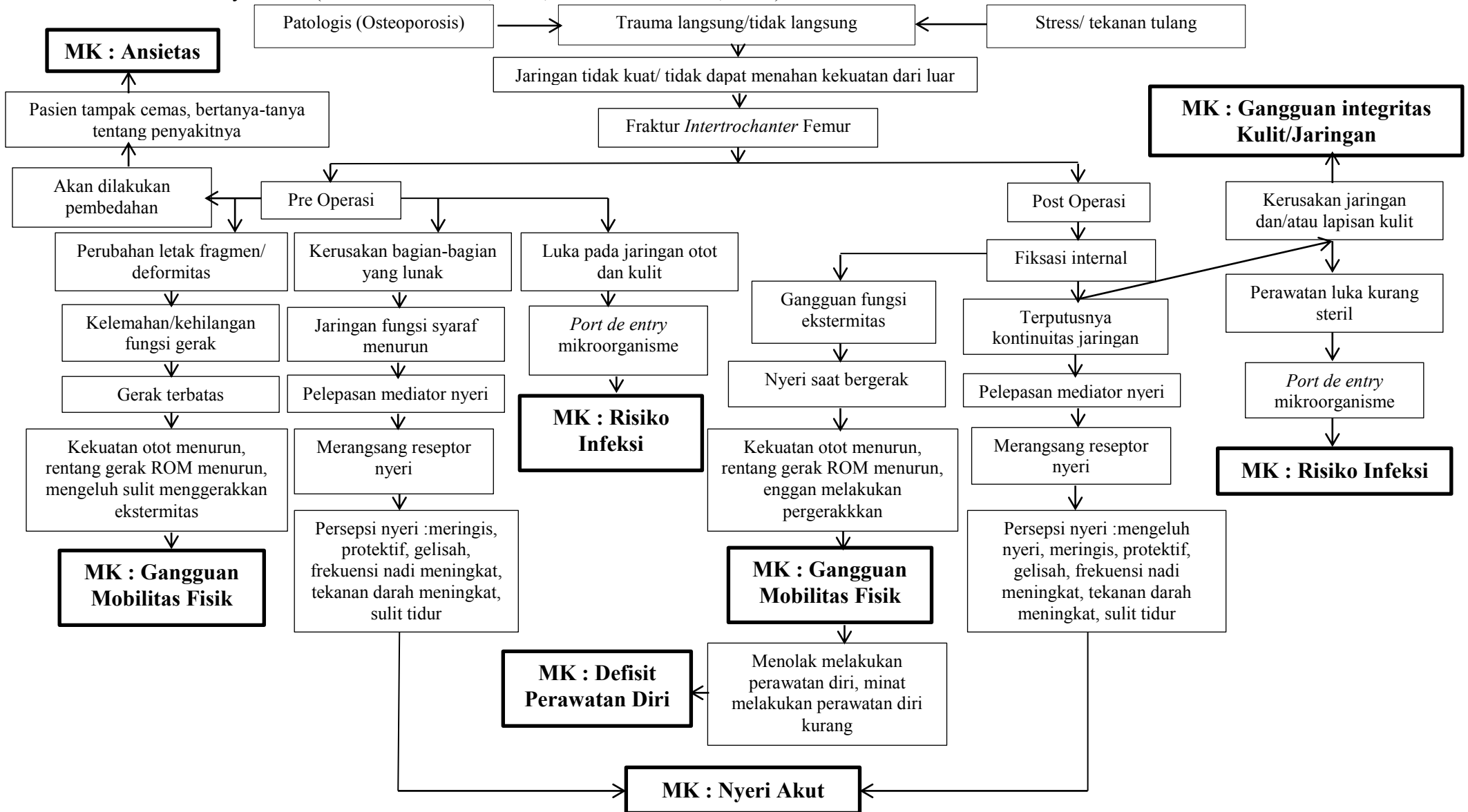
Gambar 2.2 Klasifikasi Kyle Untuk *Fracture Intertrochanteric* (Okte, 2022)

2.1.4 Patofisiologi

Fraktur ini biasanya merupakan hasil dari jatuh dari permukaan tanah pada populasi lansia dan diklasifikasikan sebagai stabil atau tidak stabil. Penentuan stabilitas penting karena membantu menentukan jenis fiksasi yang diperlukan untuk stabilitas. Fraktur stabil memiliki korteks

posteromedial yang utuh dan akan menahan beban kompresif setelah direduksi. Contoh fraktur tidak stabil meliputi: kominusi korteks posteromedial, dinding lateral tipis, fraktur trokanter minor yang bergeser, ekstensi subtrokantrik, dan fraktur oblikuitas terbalik. Klasifikasi Evans ini memecah fraktur femur intertrokanterik berdasarkan perpindahan, jumlah fragmen, dan jenis fragmen yang bergeser. Tipe I adalah fraktur 2 bagian, Tipe II adalah fraktur 3 bagian, dan Tipe III adalah fraktur 4 bagian. Subklasifikasi A pada fraktur tipe I digunakan untuk fraktur yang tidak bergeser, sedangkan fraktur B bergeser. Pada fraktur tipe II, subklasifikasi A menggambarkan fraktur 3 bagian dengan fragmen trokanter besar yang terpisah sedangkan subklasifikasi B menggambarkan fraktur 3 bagian dengan fragmen trokanter kecil. Fraktur tipe III adalah fraktur 4 bagian (Attum & Pilson, 2023).

➤ Pathway Klinis (Nurarif & Kusuma, 2016; berdasarkan SDKI, 2018)



Gambar 2.3 Pathway Klinis

2.1.5 Tanda dan Gejala

Black dan Hawks (2014) dalam (Syarah, 2022) mendiagnosis fraktur harus berdasarkan manifestasi klinis pasien, riwayat, pemeriksaan fisik, dan temuan radiologis. Tanda dan gejala terjadinya fraktur antara lain sebagai berikut :

- a. Deformitas adalah pembengkakan yang berasal dari perdarahan lokal yang menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan memendeknya tungkai dibandingkan sisi yang sehat, lokasi fraktur dapat memiliki deformitas yang nyata.
- b. Pembengkakan adalah edema yang muncul sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstrasvasasi/ rembesan darah pada lokasi fraktur.
- c. Memar karena terjadi perdarahan subkutan pada lokasi fraktur.
- d. Nyeri akan terjadi saat fraktur, intensitas dan keparahan nyeri akan berbeda pada masing masing pasien. Nyeri biasanya terus menerus meningkat jika fraktur dimobilisasi. Hal ini karean spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan atau cedera pada struktur sekitarnya.
- e. Gerakan abnormal dan kreptasi karena adanya gerakan dari bagian tengah tulang atau gesekan antar fragmen fraktur.

Gejala pada fraktur femur *intratrochanter*, yaitu (Syarah, 2022) :

- a. Dapat terjadi pada usia berapa saja, tetapi kebanyakan terjadi pada usia lanjut dengan osteoporosis dan osteomalasia.
- b. Kaki berada pada rotasi luar, bentuknya pendek, dan paha membengkak.
- c. Gerakan akan terasa sangat nyeri.

- d. Ketidakmampuan dalam melakukan pergerakan paha dan panggul.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi fraktur terdiri atas komplikasi awal dan komplikasi lama (Nisa 2020; Syarah, 2022).

a. Komplikasi Awal

a) Syok

Syok terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Hal ini biasanya terjadi pada fraktur. Pada beberapa kondisi tertentu, syok neurogenik sering terjadi pada fraktur femur karena rasa sakit yang hebat pada pasien.

b) Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai oleh : tidak adanya nadi : CRT (*Capillary Refill Time*) menurun, sianosis bagian distal, hematoma yang lebar, serta dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan *emergency* pembedaian, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

c) Sindrom Kompartemen

Sindrom kompartemen adalah suatu kondisi dimana terjadi terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut akibat suatu pembengkakan dari edema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah.

d) Infeksi

Sistem pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma *orthopaedic* infeksi dimulai pada kulit (*superfisial*) dan masuk ke dalam. Hal ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin (OREF) atau plat.

e) *Avaskular Nekrosis*

Avaskular nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya *Volkman's Ischemia*.

f) Sindrom Emboli Lemak

Sindrom emboli lemak (*fat embolism syndrom-FES*) adalah komplikasi serius yang sering terjadi pada kasus fraktur tulang panjang. FES terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan sumsum tulang kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah yang ditandai dengan gangguan pernapasan, takikardi, hipertensi, takipnea, dan demam.

b. Komplikasi Lama

a) *Delayed Union*

Delayed Union merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk sembuh atau tersambung dengan baik. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang. *Delayed union* adalah fraktur yang tidak sembuh

setelah selang waktu 3-5 bulan (tiga bulan untuk anggota gerak atas dan lima bulan untuk anggota gerak bawah).

b) *Non-union*

Disebut *non-union* apabila fraktur tidak sembuh dalam waktu antara 6-8 bulan dan tidak terjadi konsolidasi sehingga terdapat *pseudoarthrosis* (sendi palsu). *Pseudoarthrosis* dapat terjadi tanpa infeksi tetapi dapat juga terjadi bersama infeksi yang disebut sebagai *infected pseudoarthrosis*.

c) *Mal-union*

Mal-union adalah keadaan dimana fraktur sembuh pada saatnya tetapi terdapat deformitas yang berbentuk angulasi, varus/valgus, atau menyilang misalnya pada fraktur radius-ulna.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Okte, 2022), pemeriksaan radiologi pada panggul meliputi foto polos pelvis secara *anteroposterior* (AP) dan area yang terkena cedera, dapat pula foto panggul secara *lateral view*. Pada beberapa kasus, CT *scan* mungkin diperlukan untuk menentukan lokasi/luasnya fraktur/ trauma. Hitung darah lengkap: Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada trauma *multiple*). Peningkatan jumlah SDP adalah respons stress normal setelah trauma.

2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan : Nyeri Akut

2.2.1 Definisi

International Association for Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual maupun potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan (Raja *et al.*, 2020).

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau fungsional, dengan cara mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat berlangsung sekitar kurang dari 3 bulan (PPNI, 2018). Nyeri akut juga dapat dikatakan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari tiga bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan.

2.2.2 Etiologi

Penyebab nyeri ini bisa dikategorikan 3 (tiga) yaitu menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018) yaitu:

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b. Agen pencemaran kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan).
- c. Agen cedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, **prosedur operasi**, trauma, latihan fisik berlebihan).

2.2.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala nyeri akut menurut SDKI (PPNI, 2018) adalah sebagai berikut:

a. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

b. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

2.2.4 Kondisi Klinis Terkait

Kondisi klinis yang terkait ataupun yang berhubungan dengan nyeri ini dapat ditimbulkan atau dijumpai pada kasus penyakit atau masalah kesehatan menurut (PPNI, 2018) adalah sebagai berikut:

- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom koroner akut
- e. Glaukoma

2.2.5 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Saputra, 2023) :

a. Usia

Usia yaitu variable penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki dan perempuan tidak berbeda secara makna dalam respon terhadap nyeri.

c. Kebudayaan

Sosial budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Sehingga, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologi opita endrogrn dan akan terjadi presepsi nyeri.

d. Makna Nyeri

Pengalaman nyeri dan cara orang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu.

e. Perhatian

Perhatian dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

f. Ansietas

Hubungan antara nyeri dengan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan presepsi nyeri., tetapi nyeri juga dapat menimbulkan sesuatu perasaan ansietas.

g. Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan, dan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping.

h. Gaya Koping

Gaya koping mempengaruhi untuk mengatasi nyeri

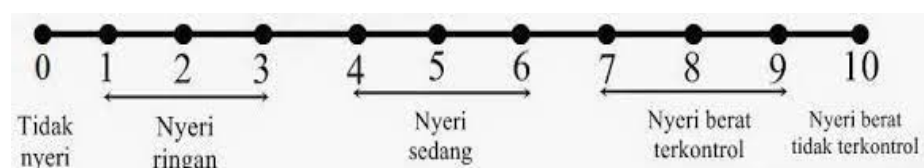
i. Dukungan keluarga dan Sosial

Kehadiran orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat mempengaruhi respon nyeri.

2.2.6 Penilaian Nyeri

a. Skala nyeri *Numerical Rating Scales* (NRS)

NRS merupakan alat ukur nyeri yang *unidimensional* yang berbentuk horizontal dari 1 – 10 menunjukkan nyeri berat. Pengukuran nyeri dilanjutkan dengan menganjurkan pasien menyebutkan angka dimana skala nyeri dirasakan, selanjutnya diinterpretasikan langsung (Saputra, 2023).

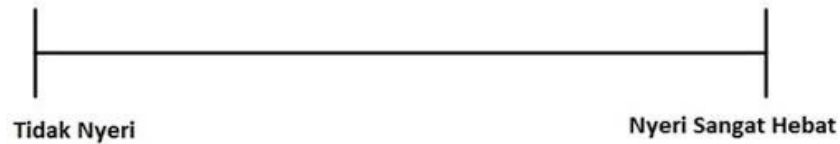


Gambar 2.4 Skala Nyeri Numerical Rating Scales (NRS)

b. Skala Nyeri *Visual Analog Scale* (VAS)

Skala VAS merupakan metode pengukuran skala linier yang menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seseorang pasien, menilai nyeri dengan skala kontinu terdiri dari garis horizontal, pengukuran dilakukan dengan menganjurkan

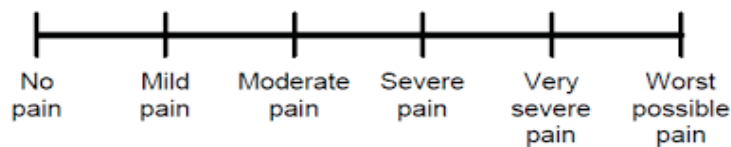
pasien untuk memberikan tanda pada garis lurus yang telah disediakan dan memberikan tanda titik dimana skala nyeri pasien dirasakan. Kemudian diinterpretasikan dengan penggaris (Saputra, 2023).



Gambar 2.5 Skala Nyeri Visual Analog Scale (VAS)

c. Skala nyeri deskriptif

Skala deskriptif yaitu alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala deskriptif verbal (*Verbal Descriptor Scale*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai disepanjang garis. Pendiskripsian ini dirangkai dari “tidak nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahan (Saputra, 2023).



Gambar 2.6 Skala Nyeri Deskriptif

d. Skala nyeri wajah (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*)

Skala nyeri wajah (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*) ini tergolong mudah untuk dilakukan. Hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat betatap muka tanpa menanyakan keluhannya. Berikut skala nyeri yang dinilai berdasarkan ekspresi wajah (Saputra, 2023).

0	2	4	6	8	10
tidak sakit	Sedikit sakit	Agak mengganggu	Mengganggu aktivitas	Sangat mengganggu	Tak tertahankan

Gambar 2.7 Skala Nyeri Wajah

2.2.7 Pengkajian Nyeri

Tidak ada cara yang tepat untuk menjelaskan seberapa berat nyeri seseorang. Individu yang mengalami nyeri adalah sumber informasi terbaik untuk menggambarkan nyeri yang dialami (Maharani, 2020). Beberapa hal yang dikaji untuk menggambarkan nyeri seseorang antara lain adalah riwayat nyeri .

- 1) P : *Provokasi* (penyebab terjadinya nyeri). Tenaga kesehatan harus mengkaji faktor penyebab terjadinya nyeri pada klien, bagian tubuh mana yang terasa nyeri termasuk menghubungkan antara nyeri dan faktor psikologis. Karena terkadang nyeri itu bisa muncul tidak karena luka tetapi karena faktor psikologisnya.
- 2) Q : *Quality* (kualitas nyeri) yaitu ungkapan subyektif yang diungkapkan oleh klien dan mendeskripsikan nyeri dengan kalimat seperti ditusuk, disayat, ditekan, sakit nyeri atau superfisial.
- 3) R : *Region* (untuk mengkaji lokasi nyerinya). Tenaga kesehatan meminta klien untuk menyebutkan bagian mana saja yang dirasakan tidak nyaman. Untuk mengetahui lokasi yang spesifik tenaga kesehatan meminta klien untuk menunjukkan nyeri yang paling hebat.
- 4) S : *Severe* (untuk mengetahui dimana tingkat keparahan nyeri). Hal ini yang paling subyektif dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri. Kualitas nyeri ini bisa digambarkan melalui skala nyeri
- 5) T : *Time* (waktu). Yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu adalah awitan, durasi dan rangkaian nyeri yang dialami. Perlu ditanyakan

kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri itu muncul dan seberapa sering untuk kambuh.

2.2.8 Penatalaksanaan Nyeri

Dalam mengatasi nyeri dapat diberikan terapi non-farmakologi yaitu distraksi, terapi spiritual dan relaksasi (Potter, 2017). Menurut (Forikes, 2021) manajemen nyeri adalah salah satu bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya-upaya menghilangkan nyeri. Manajemen nyeri yang tepat haruslah mencakup penanganan secara keseluruhan, tidak hanya terbatas pada pendekatan farmakologi saja, karena nyeri juga dipengaruhi oleh emosi dan tanggapan individu terhadap dirinya, sehingga ada dua manajemen mengatasi nyeri yaitu farmakologi dan non farmakologi sebagai berikut :

1) Farmakologi

Penanganan nyeri berdasarkan patofisiologi nyeri pada proses transduksi dapat diberikan anestesik lokal dan atau obat anti radang non steroid, pada transmisi impuls saraf dapat diberikan obat-obatan anestetik lokal, pada proses modulasi diberikan kombinasi anestetik lokal, narkotik, dan atau klonidin, dan pada persepsi diberikan anestetik umum, narkotik, atau paracetamol.

2) Non farmakologi

a) *Self healing*

Self healing adalah metode penyembuhan penyakit bukan dengan obat, melainkan dengan menyembuhkan dan mengeluarkan perasaan dan emosi yang terpendam di dalam tubuh. Selain itu, self

healing juga dapat dilakukan dengan hipnosis, terapi qolbu, atau menenangkan pikiran.

b) Teknik relaksasi dan distraksi

Relaksasi merupakan perasaan bebas secara mental dan fisik dari ketegangan atau stres yang membuat individu mempunyai rasa kontrol terhadap dirinya. Perubahan fisiologis dan perilaku berhubungan dengan relaksasi yang mencakup : menurunnya denyut jantung, tekanan darah, dan kecepatan pernafasan, meningkatnya kesadaran secara global, menurunnya kebutuhan oksigen, perasaan damai, serta menurunnya ketegangan otot dan kecepatan metabolisme. Salah satu modifikasi teknik relaksai ialah relaksasi benson. Relaksasi Benson menggunakan teknik pernapasan dan menambahkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata sesuai dengan yang dianut oleh pasien.

c) *Guided imagery*

Guided imagery merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu.

d) Pijatan

Terapi pijat mengembangkan reaksi ini menjadi cara untuk menghilangkan rasa sakit dan ketegangan. Pijat dapat dilakukan secara sistematis dengan tekhnik manipulasi manual, seperti menggosok, meremas, atau memutar jaringan lunak (misalnya, otot, ligamen tendon, dan fascia)

e) Kompres dingin

Kompres dingin merupakan salah satu tindakan keperawatan dan banyak digunakan untuk menurunkan nyeri. Sensasi dingin yang dirasakan memberikan efek fisiologis yang dapat menurunkan respon inflamasi, menurunkan aliran darah, mampu menurunkan edema serta mengurangi rasa nyeri local.

f) TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

TENS adalah sebuah metode pemberian stimulasi elektrik bervoltase rendah secara langsung ke area nyeri yang telah teridentifikasi, ke titik akupresur, di sepanjang kolumna spinalis.

g) Akupunktur dan akupresur

Akupunktur adalah suatu tindakan penusukan jarum-jarum kecil ke titik akupoin. Akupresur adalah terapi menekankan jari pada titik-titik yang berhubungan dengan banyak titik yang digunakan dalam akupunktur.

h) *Biofeedback*

Biofeedback adalah suatu proses dimana individu belajar untuk memahami serta memberi pengaruh respon fisiologis atas diri mereka terhadap nyeri.

2.3 Konsep *Post Operasi*

2.3.1 Tindakan PFNA (*Proximal Femoral Nail Antirotation*)

Pembedahan memang menjadi pilihan dalam penanganan fraktur *intertrokanter* (kecuali terdapat kontraindikasi) mengingat tingginya morbiditas dan mortalitas yang disebabkan oleh tindakan non operasi. Fiksasi internal merupakan terapi pembedahan yang banyak digunakan pada fraktur *intertrokanter* dengan jenis pembedahan yaitu *intramedullary* (PFNA) (Agustini *et al.*, 2021). PFNA (*Proximal Femoral Nail Antirotation*) adalah sistem fiksasi intramedulla yang memungkinkan beban awal pascaoperasi. Alat ini memungkinkan impaksi fraktur metafisis melalui bilah kolum berbentuk heliks yang dapat mempercepat penyatuan fraktur dan mengurangi insidensi penetrasi kepala femoralis (Luo *et al.*, 2017). PFNA adalah sistem fiksasi *intramedullary* yang memungkinkan beban dini pasca operasi. Perangkat ini memungkinkan impaksi fraktur *metafisis* melalui *collum-blade* berbentuk *heliks* yang dapat mempercepat penyatuan fraktur dan mengurangi kejadian penetrasi kepala femoralis. PFNA umumnya diindikasikan untuk fraktur *intertrokanter* yang tidak stabil. PFNA memiliki beberapa keuntungan seperti: teknik insisi yang minimal, waktu operasi lebih pendek, trauma lebih sedikit, dan pemulihan pasca operasi lebih cepat (Agustini *et al.*, 2021).



Gambar 2.8 Alat PFNA

2.3.2 Komplikasi *Post* Operasi

Menurut (Aprisunadi *et al.*, 2023) jenis komplikasi pasca operasi yang diidentifikasi meliputi delirium, infeksi paru, dan dalam trombosis vena (DVT), pneumonia, atelektasis, infeksi saluran kemih (ISK), sepsis, infark miokard dan stroke, infeksi luka, luka tekan, transfusi, infeksi *C. diff*, infeksi bekas luka sayatan dalam, intubasi ulang yang tidak direncanakan, dan serangan jantung yang memerlukan resusitasi jantung paru. Mobilisasi dini dapat mengurangi risiko luka tekan dengan meningkatkan sirkulasi pembuluh darah, Insiden DVT lebih rendah, mengurangi komplikasi delirium.

2.3.3 Penatalaksanaan Mobilisasi *Post* Operasi

Tahapan melakukan mobilisasi dini pada pasien post operasi fraktur menurut (Maharani *et al.*, 2018) :

- a. Pada 6 jam pertama pasien harus bisa menggerakkan anggota tubuhnya ditempat tidur (seperti belajar untuk menggerakkan jari, tangan dan menekuk lutut).
- b. Kemudian setelah 6-10 jam, pasien diharuskan bisa miring ke kiri dan ke kanan.
- c. Jika sudah 24 jam, pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
- d. Setelah pasien dapat duduk, lalu dianjurkan untuk belajar berjalan.

Mobilisasi dini didefinisikan sebagai aktivitas fisik yang dilakukan pada intervensi yang tepat, memberikan manfaat bagi tubuh dan meningkatkan sirkulasi, perfusi perifer dan sentral, ventilasi dan tingkat kesadaran.

Program mobilisasi dini dapat berupa rentang gerak (ROM) pasif dan aktif, gerakan berputar aktif dari sisi ke sisi, bersepeda di tempat tidur, latihan di tempat tidur, duduk di tepi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi, berjalan di tempat, ambulasi, terapi kerekan, meja miring, latihan ketahanan aktif, dan stimulasi otot elektrik. Latihan ini dapat didampingi oleh fisioterapi. (Koukourikos *et al.*, *n.d.*).

2.4 Konsep Relaksasi Benson

2.4.1 Pengertian

Teknik relaksasi Benson ini dikembangkan oleh *Herbert Benson* di *Havard's Thorndike Memorial Laboratory* dan *Benson's Hospital*. Relaksasi Benson dapat dilakukan secara sendiri, bersama-sama ataupun dengan bimbingan mentor. Relaksasi Benson ini merupakan salah satu teknik relaksasi yang biasa digunakan di rumah sakit untuk pasien dengan kecemasan dan mengalami nyeri. Relaksasi Benson menggunakan teknik pernapasan dan menambahkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata sesuai dengan yang dianut oleh pasien. Kelebihan dari teknik relaksasi Benson tidak menimbulkan efek samping bagi pasien dan mudah untuk dilakukan (Maharani, 2020). Teknik relaksasi Benson ini merupakan teknik nafas dalam yang dilakukan oleh pasien dengan cara memejamkan mata dan bernafas dengan cara perlahan dan nyaman (Nurhayati *et al*, 2022).

2.4.2 Komponen Relaksasi Benson

Menurut Benson dan Proctor (2011) dalam (Maharani, 2020), terdapat empat komponen dasar pada relaksasi Benson, yaitu :

a. Suasana tenang

Suasana tenang dapat membantu dalam efektifitas pengulangan kata atau kelompok kata dengan demikian mempermudah dalam menghilangkan pikiran-pikiran lain yang mengganggu.

b. Perangkat mental

Untuk memindahkan pikiran ke arah hal-hal logis dan berada di luar diri harus ada stimulus secara terus menerus yaitu dengan kata atau frase singkat yang diulang-ulang di hati dan dengan keyakinan. Kata atau frase pendek inilah yang menjadi fokus relaksasi Benson. Fokus pada kata-kata atau frase pendek yang akan meningkatkan kekuatan inti dari respons relaksasi dengan memberikan kesempatan faktor keyakinan yang memiliki efek pada penurunan saraf simpatis. Mata biasanya dipejamkan ketika di tengah mengulang kata atau frase pendek. Relaksasi Benson ini dilakukan dalam 1 atau 2 kali sehari selama 10-20 menit. Waktu yang tepat untuk berlatih Relaksasi Benson yaitu sebelum atau beberapa jam setelah makan, karena saat relaksasi, darah akan keluar ditransmisikan ke kulit, ekstremitas, otak dan menjauhi daerah perut sehingga efeknya bersaing dengan proses makan.

c. Sikap pasif

Sikap pasif menjadi elemen paling penting dalam melakukan relaksasi Benson. Pikiran-pikiran yang mengacaukan harus diabaikan dan perhatian kembali diarahkan pada pengulangan kata atau frase pendek sesuai dengan keyakinan. Hal ini dikarenakan akan mengganggu dalam respon relaksasi Benson.

d. Posisi nyaman

Kenyamanan pasien menjadi penting agar tidak terjadi ketegangan otot-otot. Posisi tubuh yang biasanya saat dilakukan teknik relaksasi Benson dengan duduk atau berbaring di tempat tidur. Relaksasi benson memerlukan keadaan tubuh yang rileks dan sikap pasrah pada fisik dan psikis yang mendalam sebagai respon relaksasi. Kalimat-kalimat yang diucapkan secara berulang-ulang oleh pasien dengan agama Islam dapat berupa dzikir dengan kalimat *Laa ilaha illallah, Astagfirullah*, atau *Subhanallah*. Sedangkan pasien yang beragama Kristen, Katolik, Hindu, dan Budha dapat menggunakan kalimatnya sendiri (Handayani, 2021).

2.4.3 Manfaat Relaksasi Benson

Teknik Relaksasi benson merupakan gabungan dari teknik relaksasi nafas dalam dengan unsur keyakinan. kelebihan dari relaksasi dalam mengatasi nyeri yaitu lebih mudah dilaksanakan oleh pasien, dapat menekan biaya pengobatan, dan dapat digunakan untuk mencegah terjadinya stress (Bagus Setiyanto, 2021). Teknik relaksasi Benson ini dapat bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, mengurangi rasa cemas, membuat tidur menjadi nyenyak, dan mengurangi stress (Wardoyo *et al.*, 2024).

2.4.4 Prosedur Relaksasi Benson

Berikut langkah-langkah Relaksasi Benson (Latifah, 2023):

- a. Pasien diatur dalam posisi nyaman mungkin, baik dengan cara duduk atau berbaring agar tidak mengganggu pikiran pasien.
- b. Kesterilan lingkungan pasien dari rangsangan luar yang dapat mengganggu pikiran pasien.

- c. Pasien dibimbing agar memejamkan mata dengan rileks dan tidak mengerahkan tenaga yang dapat mengganggu pikiran.
- d. Pasien dibimbing agar mampu melemaskan otot-otot tubuh sampai keadaannya rileks.
- e. Pasien dianjurkan untuk melemaskan kepala, leher dan pundaknya.
- f. Posisi lengan dan tangan pada keadaan rileks dan nyaman mungkin serta pasien dianjurkan untuk tidak memegang lutut, kaki atau mengaitkan kedua tangan dengan erat.
- g. Pasien ditawarkan untuk memilih kata yang akan diucapkan sesuai dengan keyakinannya.
- h. Menganjurkan pasien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan, pusatkan kesadaran pasien pada pengembangan perut, tahanlah napas sebentar sampai hitungan ketiga.
- i. Setelah hitungan ketiga keluarkan napas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil mengucapkan istighfar dan diulang-ulang dalam hati selama mengeluarkan napas tersebut.
- j. Menganjurkan pasien untuk mempertahankan sifat pasif. Sifat pasif merupakan aspek penting dalam membangkitkan respon relaksasi, anjurkan pasien untuk tetap berpikir tenang.
- k. Saat melakukan teknik relaksasi, kerap kali berbagai macam pikiran datang mengganggu konsentrasi pasien. Oleh karena itu anjurkan pasien untuk tidak memperdulikannya dan bersikap pasif.

2.4.5 Pengaruh Relaksasi Benson terhadap Skala Nyeri

Pengaruh teknik relaksasi benson terhadap skala nyeri Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk menurunkan nyeri dengan menurunkan ketegangan otot agar tidak terjadi nyeri yang lebih berat. Relaksasi yaitu suatu cara mengurangi rangsangan nyeri dengan mengistirahatkan atau merelaksasikan otot-otot tubuh (Uliyah & Hidayat, 2016; Noviariska, 2022). Teknik relaksasi benson dipercaya mampu menurunkan konsumsi oksigen dalam tubuh dan otot-otot tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan *corticotropin releasing factor* (CRF), CRF akan merangsang kelenjar dibawah otak untuk meningkatkan produksi proopoid *melanocortin* (POMC) sehingga produksi *enkephalin* oleh medulla adrenal meningkat. Kelenjar dibawah otak juga menghasilkan endorphine sebagai neurotransmitter (Mulyadi, 2017; Noviariska, 2022). Menurut Smeltzer and Bare (2012) dalam (Noviariska, 2022) endorphin merupakan *neurotransmitter* yang menghambat pengiriman rangsangan nyeri sehingga dapat menurunkan sensasi nyeri. Penurunan intensitas nyeri tersebut dipengaruhi oleh peralihan fokus responden pada nyeri yang dialami terhadap penatalaksanaan teknik relaksasi benson sehingga suplai oksigen dalam jaringan akan meningkat dan otak bisa berelaksasi. Otak yang relaksasi itulah yang akan merangsang tubuh untuk menghasilkan hormon endorfin untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak dan dapat menurunkan sensasi terhadap nyeri yang akhirnya menyebabkan

intensitas nyeri yang dialami responden berkurang (Widiatie, 2015; Noviariska, 2022).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan diawali dengan mencari data dasar yang akurat berupa hasil pengkajian. Setelah pengkajian maka ditegakkan diagnosa keperawatan lalu menyusun rencana tindakan (intervensi) sebagai panduan dalam melakukan tindakan keperawatan (implementasi). Proses asuhan keperawatan yang terakhir adalah evaluasi keperawatan untuk menilai keberhasilan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan (Okte, 2022).

2.5.1 Pengkajian

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin (banyak terjadi pada orang tua terutama pada wanita diatas usia 60 tahun). (Pekerjaan juga menjadi pengaruh utama pada fraktur mengingat fraktur paling sering disebabkan karena kecelakaan), alamat, pekerjaan, tanggal dan jam pengkajian, nomor register, diagnosa medis (Krisdiyana, 2019).

b. Riwayat Keperawatan

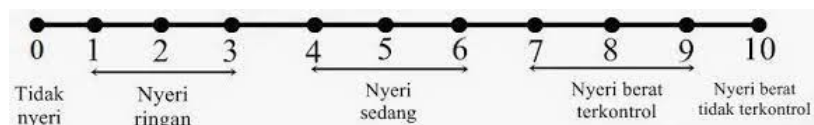
a) Keluhan Utama

Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umumnya keluhan utama pada kasus pasca operasi fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut terjadi karena pemasangan traksi / tindakan pembedahan (Okte, 2022).

b) Riwayat Penyakit

Pada klien fraktur / patah tulang nyeri dapat disebabkan karena tindakan pembedahan. Untuk memperoleh pengkajin yang lengkap tentang rasa nyeri klien yaitu dengan pengkajian PQRST (Krisdiyana, 2019):

- *Provoking Incident* : Faktor nyeri yaitu akibat tindakan pembedahan.
- *Quality of Pain* : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah nyerinya seperti terbakar, berdenyut atau menusuk.
- *Region* : Apakah nyeri menjalar atau menyebar, dan seberapa jauh penyebarannya, dan samapi dimana rasa sakit terjadi.
- *Severity (Scale) of Pain* : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien,
- *Time* : kapan nyeri itu timbul, dan berapa lama nyeri berlangsung, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari. Skala tipe nyeri dapat di ukur dengan menggunakan NRS merupakan alat ukur nyeri yang *unidimensional* yang berbentuk horizontal dari 1 – 10 menunjukkan nyeri berat.



c) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada klien fraktur atau patah tulang dapat disebabkan oleh trauma atau kecelakaan, degeneratif dan patologi. Pernah mengalami

kejadian patah tulang atau tidak sebelumnya dan ada atau tidaknya klien mengalami pembedahan perbaikan dan pernah menderita osteoporosis atau tidak sebelumnya.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada keluarga klien ada atau tidak yang menderita osteoporosis, Arthritis, tuberkolosis, DM, Hipertensi atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular.

e) Riwayat Psikososial

Merupakan respon emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga ataupun masyarakat.

c. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum dan Tanda – Tanda Vital

Adanya fraktur atau patah tulang dan kelemahan; suhu tubuh tinggi; nadi cepat, lemah, kecil sampai tidak teraba (Krisdiyana, 2019).

b) Sistem Tubuh (Syarah, 2022)

1) Kepala dan muka

Pada pemeriksaan kepala umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Yang dapat dikaji yaitu kebersihan, penyebaran dan ketebalan rambut, bentuk kepala, adanya lesi, adanya edema, dan nyeri tekan (Syarah, 2022).

2) Mata

Pada pemeriksaan mata umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Namun dapat dikaji kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, warna konjungtiva apakah anemis atau tidak, warna sklera, dan reflek pupil.

3) Hidung

Pada pemeriksaan hidung umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dari pemeriksaan hidung dapat diamati posisi septum, rongga hidung (adanya lesi, perdarahan, secret, polip), dan ada tidaknya nyeri tekan.

4) Telinga

Pada pemeriksaan telinga umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Namun dapat dikaji kesimetrisan telinga kanan dan kiri, adanya lesi, adanya perdarahan, adanya serumen, dan adanya nyeri tekan pada telinga.

5) Mulut

Pada pemeriksaan mulut umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dapat dikaji ada tidaknya kelainan kongenital, bibir sumbing, warna bibir pucat, ada sianosis atau tidak, adanya lesi, kesimetrisan ovula, dan ada tidaknya pembengkakan tonsil.

6) Leher

Pada pemeriksaan leher umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dari pemeriksaan leher dapat dikaji mengenai kesimetrisan leher, adanya pembesaran kelenjar

tiroid, adanya pembengkakan vena jugularis, dan adanya nyeri tekan.

7) Paru-paru

Inspeksi dikaji bentuk dada, adanya retraksi intercosta, kesimetrisan dada saat inspirasi dan ekspirasi, adanya lesi, fokal fremitus antara dada kanan dan kiri, Palpasi adanya nyeri tekan, perkusi paru umumnya sonor, dan auskultasi suara nafas adakah suara nafas tambahan.

8) Jantung

Dikaji adanya bayangan vena di dada, adanya kardiomegali, palpasi jantung normalnya berada di ICS 5 sepanjang 1 cm, perkusi jantung normalnya pekak, dan auskultasi jantung normalnya suara s1 dan s2 tunggal, tidak ada murmur.

9) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dapat dikaji adanya lesi dan jaringan parut, adanya massa atau acites, auskultasi bising usus, perkusi abdomen normalnya timpani, palpasi adanya nyeri tekan.

10) Ekstremitas

Hasil pemeriksaan yang didapat adalah adanya gangguan/keterbatasan gerak tungkai, didapatkan ketidakmampuan menggerakkan kaki dan penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dalam melakukan pergerakan. Inspeksi : Aktivitas dan

latihan mengalami perubahan atau gangguan dari *post operatif intertrochanter* femur sehingga kebutuhan perlu dibantu baik oleh perawat atau keluarga, misalnya kebutuhan sehari-hari, mandi, BAB, BAK dilakukan diatas tempat tidur. Pada area luka beresiko tinggi terhadap infeksi, sehingga tampak diperban atau dibalut. Palpasi : Adanya nyeri, kekuatan otot pada area fraktur akan mengalami perubahan akibat kerusakan rangka *neuromuscular* serta mengalami deformitas pada daerah trauma. Nyeri hebat yang tiba-tiba saat injury (mungkin terlokalisir pada area jaringan/kerusakan tulang, dapat mengecil pada imobilisasi), tidak ada nyeri pada kerusakan saraf. Spasme otot/kram (setelah imobilisasi) (Wahyuni, 2021).

d. Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pada kasus fraktur akan timbul ketidakpuasan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup pasien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, dan apakah pasien berolahraga atau tidak (Okte, 2022).

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan.

c) Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan pasien menjadi berkurang dan kebutuhan pasien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas pasien terutama pekerjaan pasien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur.

d) Pola Hubungan dan Peran

Pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena pasien harus menjalani rawat inap.

e) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada pasien fraktur yaitu timbul ketidakmampuan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan atau melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya salah.

f) Pola Sensori dan kognitif

Pada pasien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedang pada indra yang lain tidak timbul gangguan. Begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan.

g) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk pasien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak pasien.

h) Data Penunjang

- Laboratorium : Pada fraktur test laboratorium yang perlu diketahui, Hemoglobin, hematokrit sering rendah akibat perdarahan, Laju endap darah (LED) meningkat
- Radiologi : X Ray dapat dilihat gambaran fraktur, deformitas dan metalikment.
- Rontgen : yaitu untuk menentukan lokasi, luas dan jenis fraktur (Smeltzer, 2018).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan (Fithriyani & Putri, 2021).

Diagnosis keperawatan yang mungkin ada dalam *Post Operasi Fraktur Introchanter* (PPNI, 2018), antara lain:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
3. Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur *invasive*
4. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI), standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI), dan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI)

Tabel 2.1 Konsep Teori Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun. 2) Gelisah menurun. 3) Sikap protektif menurun. 4) Kesulitan tidur menurun. 5) Frekuensi nadi membaik.	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri 9. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 3. Monitor respons terhadap terapi relaksasi. Dalam hal ini diberikan teknik relaksasi benson <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 5. Berikan informasi tentang prosedur

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		teknik relaksasi
		Edukasi
		6. Jelaskan tujuan dan manfaat relaksasi benson
		7. Anjurkan mengambil posisi nyaman
		8. Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik relaksasi benson
		9. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi. Dalam hal ini yaitu teknik relaksasi benson
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal (D.0054)	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1) Pergerakkan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Nyeri menurun 5) Gerakan terbatas menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor tandatanda vital sebelum mobilisasi Terapeutik 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 6. Jelaskan tujuan mobilisasi 7. Anjurkan mobilisasi dini 8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasive (D. 0142).	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1) Kemerahan menurun 2) Nyeri menurun 3) Bengkak menurun	Pencegahan infeksi (I. 14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Teraupetik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D. 0129)	Integritas Kulit (L. 14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil: 1) Elastitas meningkat 2) Kerusakan jaringan menurun 3) Perdarahan menurun 4) Kerusakan lapisan menurun 5) Sensasi membaik tekstur membaik	9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu Perawatan integritas kulit (I.11353) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Teraupetik 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring Edukasi 3. Anjurkan minum air yang cukup 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Perawatan luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Teraupetik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (D. 0109).	Perawatan Diri (L. 11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	Dukungan perawatan diri (I. 11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan dirisesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Teraupetik 4. Sediakan lingkungan yang teraupetik (mis. suasana hangat, rilks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
	3) Kemampuan makan meningkat	8. Fasilitas kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
	4) Kemampuan ketoilet (BAB/BAK) meningkat	9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
	5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	Edukasi
	6) Minat melakukan perawatan diri meningkat	10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan perawat dalam mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan guna untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah di tetapkan, tahap pelaksanaan ini penulis berusaha untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat berupa penyelesaian tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kriteria hasil seperti yang digambarkan dalam rencana tindakan dan dikuatkan dengan teori yang ada, kemudian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, penulis selalu mempertimbangkan kondisi kemampuan pasien serta dukungan dan fasilitas yang tersedia (Syarah, 2022).

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan., untuk tahap evaluasi ini pada prinsipnya antara teori dan kasus adalah sama yaitu menggunakan SOAP dalam melaksanakan evaluasi, adapun komponen

SOAP untuk memudahkan perawat melakukan evaluasi atau memantau perkembangan pasien. SOAP terdiri dari data subjektif adalah data-data yang ditemukan pada pasien secara subjektif atau ungkapan dari pasien setelah intervensi keperawatan. Sedangkan pada data objektif yaitu hal-hal yang ditemukan oleh perawat secara objektif atau melihat keadaan pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan, dilanjutkan dengan assessment/ penilaian yang telah dilakukan apakah masalah dapat teratasi atau tidak dan Planning rencana tindakan selanjutnya. Evaluasi juga sebagai alat komunikasi perawat untuk mengkomunikasikan status dan hasil akhir pasien. Memberikan informasi untuk memulai, meneruskan, memodifikasi atau menghentikan kegiatan tindakan keperawatan. Memberikan perbaikan terhadap rencana asuhan keperawatan melalui reassessment data dan reformulasi diagnosa (Syarah, 2022).