# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## A. KONSEP MEDIS

### 1. Pengertian

*Fraktur* merupakan istilah dari hilangnya *kontinuitas* tulang, tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian. *Fraktur* adalah patah tulang yang disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut tenaga fisik, keadaan tulang itu sendiri, serta jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan apakah *fraktur* yang terjadi lengkap atau tidak lengkap (Sari, Dkk 2022).

Menurut Muttaqin, (2011) *Fraktur humerus* adalah terputusnya hubungan tulang *humerus* disertai kerusakan jaringan lunak (otot, kulit jaringan saraf, pembuluh darah) sehingga memungkinkan terjadinya hubungan antara *fragmen* tulang yang patah dengan udara luar yang disebabkan oleh cedera dari trauma langsung yang mengenai lengan atas tersebut (Lukman dan Nurna, 2013).

2. Etiologi

Klasifikasi *fraktur* (Nurarif Huda, 2015) :

a. Klasifikasi klinis

1) *Fraktur* tertutup (*simple fraktur*), bila tidak terdapat hubungan antara *fragmen* tulang dengan dunia luar.

2) *Fraktur* terbuka (*compound fraktur*) bila terdapat hubungan antara *fragmen* tulang dengan dunia luar. Karena adanya perlukaan kulit.

3) *Fraktur* dengan komplikasi, misal *malunion delayed* union, non *union*, infeksi tulang

b. Klasifikasi *radiologis*

1) *Lokalisasi* yaitu: *diafisal, metafisial, intra-artikular, fraktur* dengan *dislokasi*.

2) Menurut *ekstensi* yaitu *F. Total, F. tidak total, F. buckle atau torus*.

3) Menurut hubungan antara *fragmen* dengan *fragmen* lainnya : tidak bergeser, bergeser (*angulasi, rotasi, distraksi, over riding, impaksi*).

3. Manifestasi Klinis

Menurut (Nurarif Huda, 2015) :

a. Tidak dapat menggunakan anggota gerak
b. Nyeri pembengkakan
c. Terdapat trauma (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian atau jatuh dikamar mandi pada orang tua, penganiayaan, tertimpa benda berat kecelakaan kerja, trauma olahraga)
d. Gangguan fungsi anggota gerak
*e. Deformitas*
f. Kelainan gerak
g. Krepitasi dengan gejala-gejala lain

4. Patofisiologi

Patofisiologi *fraktur* menurut (Black, Joyce, & Hawks, 2014). *Fraktur* biasanya disebabkan karena cidera/trauma/ruda paksa dimana penyebab utamanya adalah trauma langsung yang mengenai tulang seperti kecelakaan mobil, olah raga, jatuh/latihan berat. Keparahan dari *fraktur* bergantung pada gaya yang menyebabkan fraktur.

Menurut Adhi *et al*, (2015) menjelaskan penyebab *Fraktur* adalah karena adanya *traumatik* pada tulang. Tulang yang telah melemah oleh kondisi sebelumnya terjadi pada *fraktur patologis*. Patah tulang tertutup atau terbuka akan mengenai serabut saraf yang akan menimbulkan rasa nyeri. Selain itu *fraktur* atau patah tulang yaitu terputusnya kontinuitas jaringan tulang atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa tulang tidak mampu digerakkan sehingga mobilitas fisik terganggu dan juga dapat menyebabkan definisi perawatan dirinya kurang, intervensi medis dengan penatalaksanaan pembedahan menimbulkan luka *insisi* yang menjadi pintu masuknya organisme *patogen* serta akan menimbulkan masalah resiko tinggi infeksi pasca bedah, nyeri akibat trauma jaringan lunak.

Intervensi pembedahan pada *fraktur* tertutup merupakan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*) merupakan tindakan bedah yang dilakukan guna untuk mempertemukan dan memfiksasi kedua ujung fragmen tulang yang patah serta untuk mengoptimalkan penyembuhan dan hasil dengan cara pemasangan *plate dan skrew* setelah tulang menyambung (satu-dua tahun maka *plate dan skrew* akan

dilepas,dirumah sakit pelepasan tersebut sering disebut dengan operasi *ROI* apabila tidak dilakukan maka dapat mengganggu pertumbuhan tulang serta reaksi penolakan dari tubuh seperti infeksi (Adhi et al., 2015).

5. Penatalaksanaan Medis

Menurut Istianah, (2017) penatalaksanaan medis pada fraktur antara lain :

a. Diagnosis dan penilaian *fraktur*

Anamnesis pemeriksaan klinis dan radiologi dilakukan dilakukan untuk mengetahui dan menilai keadaan *fraktur*. Pada awal pengobatan perlu diperhatikan lokasi *fraktur,* bentuk *fraktur*, menentukan teknik yang sesuai untuk pengobatan komplikasi yang mungkin terjadi selama pengobatan

*b. Reduksi*

Tujuan dari reduksi untuk mengembalikan panjang dan kesejajaran garis tulang yang dapat dicapai dengan *reduksi* terutup atau *reduksi* terbuka. *Reduksi* tertutup dilakukan dengan *traksi manual* atau mekanis untuk menarik *fraktur* kemudian, kemudian memanipulasi untuk mengembalikan kesejajaran garis normal. Jika *reduksi* tertutup gagal atau kurang memuaskan, maka bisa dilakukan *reduksi* terbuka. *Reduksi* terbuka dilakukan dengan menggunakan alat *fiksasi internal* untuk mempertahankan posisi sampai penyembuhan tulang menjadi solid. Alat *fiksasi interrnal* tersebut antara lain pen, kawat, skrup, dan plat. Alat-alat tersebut

dimasukkan ke dalam *fraktur* melalui pembedahan ORIF *(Open Reduction Internal Fixation).* Pembedahan terbuka ini akan mengimobilisasi fraktur hingga bagian tulang yang patah dapat tersambung kembali.

c. *Retensi*

*Imobilisasi fraktur* bertujuan untuk mencegah pergeseran fragmen dan mencegah pergerakan yang dapat mengancam penyatuan.

Kneale & Davis, (2011) menjelaskan bahwa penatalaksanaan keperawatan pada *fraktur* adalah dengan cara rehabilitasi atau mengembalikan aktivitas fungsional seoptimal mungkin. Setelah pembedahan, pasien memerlukan bantuan untuk melakukan latihan. latihan rehabilitasi dibagi menjadi tiga kategori yaitu sebagai berikut :

a) Gerakan pasif bertujuan untuk membantu pasien mempertahankan rentang gerak sendi dan mencegah timbulnya pelekatan atau kontraktur jaringan lunak serta mencegah *strain* berlebihan pada otot yang diperbaiki post bedah.

b) Gerakan aktif terbantu dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan pergerakan, sering kali dibantu dengan tangan yang sehat, katrol atau tongkat. Latihan penguatan adalah latihan aktif yang bertujuan memperkuat otot. Latihan biasanya dimulai jika kerusakan jaringan lunak telah pulih, 4-6 minggu setelah pembedahan atau dilakukan pada pasien yang

mengalami gangguan ekstremitas atas.

## B. Asuhan Keperawatan (Berdasarkan Teori Dan Sesuai Judul Kebutuhan Dasar Manusia)

1. Konsep Nyeri

a. Pengertian

Rasa nyaman berupa terbebas dari rasa yang tidak menyenangkan adalah suatu kebutuhan individu. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri itu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan pada seorang pasien di rumah sakit (Perry & Potter, 2009).

Menurut PPNI (2017) Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b. Penyebab

Menurut PPNI (2017) ada beberapa penyebab masalah keperawatan Nyeri akut :

*1)* Agen pencedera fisiologis (Misalnya. *Inflamasi*, *Iskemia, Neoplasma)*

2) Agen pencedera kimiawi (misalnya Terbakar, Bahan kimia iritan)

3) Agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

c. Tanda dan Gejala

Gejala dan tanda menurut PPNI (2017) adalah sebagai berikut:

1) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif : pasien mengeluh nyeri

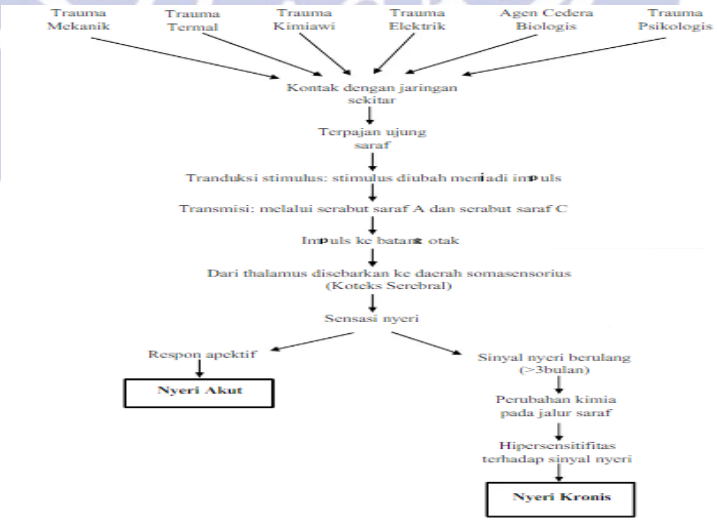
b) Objektif : tampak meringis, bersikap *protektif* (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

2) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif : tidak tersedia

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

d. Pathways




Gambar 2.1 Pathway Nyeri

e. Penatalaksanaan nyeri

Menurut Brunner dan Suddarth (2015) ada dua jenis penatalaksanaan nyeri yaitu *farmakologi* dan *non farmakologi*.

1) Macam-macam terapi *farmakologi* yang dapat dilakukan untuk penatalaksanaan nyeri yaitu
   a) Obat anti *inflamasi non-steroid* (OAINS)
   b) Analgesik narkotika atau *opiate*
   c) Obat tambahan
2) Macam-macam terapi non farmakologi untuk penatalaksanaan nyeri
   a) Bimbingan antisipasi
   b) Terapi es dan panas
   c) TENS (*Transcutaneus Elektrical Nerve Stinulation*)
   d) Imajinasi terbimbing
   e) Hipnosis
   *f) Akupuntur*
   g) Umpan balik biologis
   *h) Massage*
   i) Kompres Dingin & Hangat
   j) Aromaterapi
   k) Terapi Relaksasi Nafas Dalam

2. Asuhan Keperawatan berdasarkan teori

Konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

a. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantuang pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas:

1) Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no. register, tanggal MRS, diagnosa medis.

2) Riwayat Kesehatan

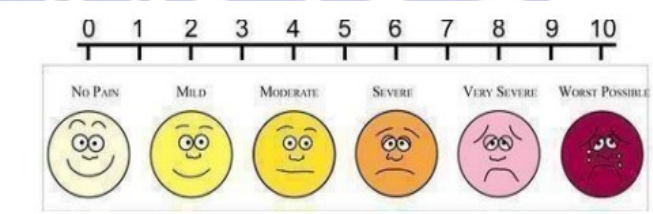
a) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

1) *Provoking Incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
2) *Quality of Pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.

3) *Region : radiation, relief*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.

4) *Severity (Scale) of Pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.




Gambar 2.2 Skala Nyeri

5) *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menetukan sebab dari *fraktur* yang nantinya membantu rencana tindakan terhadap pasien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena (Ignatavicius & Dona D, 2006)

c) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab *fraktur* dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang dan penyakit paget yang menyebabkan *fraktur patologis* yang sering sulit untuk menyambung.

d) Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu factor *predisposisi* terjadinya *fraktur*, seperti *diabetes, osteoporosis*, yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cendrung diturunkan secara genetik.

3) 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.

4) Pola-Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat pada kasus *fraktur* akan timbul ketidakuatan 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.

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 ketidakuatan akan kecacatan akibat *fraktur*nya, 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 keterbataan gerak pasien.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Aktivitas/istirahat

Tanda: keterbatasan atau kehilangan fungsi pada bagian yang terkena (mungkin segera, *fraktur* itu sendiri atau terjadi secara sekunder dan dari pembengkakan jaringan serta nyeri).

b) Sirkulasi

Gejala: *hipertensi* (kadang-kadang terlihat sebagai respon terhadap nyeri atau ansietas) *hipotensi* (kehilangan darah), penurunan atau tidak ada nadi pada bagian *distal* yang cedera, pengisian kapiler lambat, pucat pada bagian yang terkena.

c) Integritas ego

Tanda: cemas, mudah tersinggung.

Gejala:Perubahan tingkah laku dan kepribadian (tenang atau dramatis).

d) Neurosnsori

Gejala: hilangnya atau sensori, spasme otot, kertas atau kesemutan (pr[illegible]tasi).

Tanda: perforasi lokal: Angulasi abnormal, pendekatan, rotasi, krepitasi, spasme otot, kelemahan/hilang fungsi.

e) Nyeri/kenyamanan

Gejala: nyeri berat tiba-tiba saat cidera (terlokalisasi pada area jaringan atau berkurang pada *imobilisasi*), tidak ada nyeri akibat kerusakan saraf, *spasme* atau kram otot setelah imobilisasi.

f) Pernapasan

Tanda: perubahan pola pernafasan (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi), nafas berbunyi, stridor, tersedak, ronki, mengi positif

g) Keamanan

Tanda: *fraktur/dislokasi*, kulit laserasi, abrasi, perubahan warna pada kulit. Gangguan rentang gerak. tonus otot hilang, kekuatan secara umum mengalami paralisis. pembengkakan lokal (dapat meningkat bertahap atau tiba-tiba) Penyuluhan atau pembelajaran. Gejala: lingkungan cidera.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi

respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Berikut adalah diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien *fraktur* (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien *post operasi Fraktur* adalah

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
   a) Pengertian

      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.

   b) Etiologi
      1) Agen pencedera fisiologis
      2) Agen pencedera kimiawi
      3) Agen pencedera fisik
   c) Manifestasi Klinis
      1) Gejala dan tanda mayor
         a) Subyektif : pasien mengeluh nyeri,
         b) Obyektif : pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur
      2) Gejala dan tanda minor

a) Subyektif : -

b) Obyektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, *diaphoresis* (PPNI, 2017).

c) Kondisi Klinis Terkait

1) Kondisi pembedahan
2) Cedera traumatis
3) Infeksi
4) Sindrom Koroner Akut
5) Glaukoma

2) Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri (D0054)

a) Pengertian

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) Etiologi

1) Kerusakan integritas struktur tulang
2) Perubahan metabolisme
3) Ketidakbugaran fisik
4) Penurunan kendali otot
5) Penurunan massa otot
6) Penurunan kekuatan otot
7) Keterlambatan perkembangan
8) Kekakuan sendi

9) *Kontraktur*

10) Malnutrisi

11) Gangguan *musculoskeletal*

12) Gangguan *neuromuscular*

13) IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia

14) Efek agen farmakologis

15) Program pembatasan gerak

16) Nyeri

17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik

18) Kecemasan

19) Gangguan kognitif

20) Keengganan melakukan pergerakan

21) Gangguan sensori persepsi

c) Manifestasi Klinis

1) Gejala dan tanda mayor:

a) Subyektif : pasien mengeluh sulit menggerakkan *ekstremitas*

b) Obyektif : rentang gerak menurun,

2) Gejala dan tanda minor :

a) Subyektif : nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak,

b) Obyektif : gerakan terbatas, fisik lemah.

d) Kondisi Klinis Terkait

1) Stroke

2) *Cedera medulla spinalis*

3) Trauma

4) *Fraktur*

5) *Osteoarthritis*

6) *Ostemalasia*

7) keganasan

c. Rencana Keperawatan

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2018) intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran *(outcome)* yang diharapkan. Adapun intervensi keperawatan yang diberikan sesuai dengan Diagnosis yang diprioritaskan ialah sebagai berikut:

<table>
<tr><th>No</th><th>Diagnosa</th><th>SLKI</th><th>SIKI</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Nyeri Akut</td><td>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : SLKI: Tingkat nyeri (L.08066)
<table>
<tr><th>No</th><th>Ind or</th><th>IR</th><th>ER</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr>
</table></td><td>Manajemen Nyeri<br>Observasi<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi</td></tr>
</table>

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | Meringis | 3 | 5 | |
| 3 | Sikap protektif | 3 | 5 | |
| 4 | Kesulitan tidur | 3 | 5 | |

Keterangan no 1-4

1. Meningkat
2. Cukup meningkat
3. Sedang
4. Cukup menurun
5. Menurun

skala nyeri

3. Identifikasi respons nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Monitor keberhasilan

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | terapi komplementer yang sudah diberikan<br>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik<br>Terapeutik<br>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, relaksasi, *akupresure*, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | imajinasi terbimbing, terapi kompres hangat/dingin<br>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri<br>3. Fasilitasi istirahat tidur<br>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri<br>Edukasi<br>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri<br>2. Jelaskan strategi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | meredakan nyeri<br>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat<br>5. Ajarkan teknik *nonfarmakologis* unuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi<br>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
| 2. | Gangguan mobilitas fisik | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkaı mobilitas fisik meningkat dengan kriteria | Dukungan Mobilisasi<br>Observasi<br>1. Identifikasi |

<table>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>hasil : SLKI: mobilitas fisik (L.05042)
<table>
<tr><th>No</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Pergerakan ekstremitas</td><td>3</td><td>5</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Kekuatan otot</td><td>3</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Rentang gerak</td><td>3</td><td>5</td></tr>
</table>
Keterangan no 1-3:
<ol>
<li>Menurun</li>
<li>Cukup menurun</li>
<li>Sedang</li>
<li>Cukup meningkat</li>
<li>meningkat</li>
</ol>
</td>
<td>adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya<br>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan<br>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi<br>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi<br>5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis pagar tempat</td>
</tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | tidur)<br>Terapeutik<br>1. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu<br>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan<br>Edukasi<br>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi<br>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini<br>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) |

d. Implementasi keperawatan

Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penanganan nyeri dibagi menjadi dua yaitu *farmakologi* dan *nonfarmakologi*. Dalam penanganan nyeri apabila salah satu penanganan nyeri non farmakologi belum berhasil maka akan di lakukan kolaborasi antara ıanganan nyeri *nonfarmakologi* dan *farmakologi*. Nyeri yang dialami oleh klien merupakan nyeri akut dengan skala sedang. Maka perluadanya dilakukannya

kedua penanganan nyeri tersebut. (Smeltzer and Bare, 2010 dalam Hermanto etal., 2020).

Dalam terapi *farmakologi* yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian *analgesik* untuk mengurangi nyeri sedangkan teknik nonfarmakologi terdapat beberapa teknik diantaranya terapi kompres dingin (Fahrian, dan Zees (2012) dalam Hermanto et al., 2020).

e. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya.

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan Klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- S : keluhan secara subjektif yang dirasakan Klien atau

keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan

- O : keadaan objektif Klien yang dapat dilihat oleh perawat
- A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).
- P : setelah perawat menganalis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

## C. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

| Penulis/Tahun | Judul Penelitian | Metode | Hasil |
|---|---|---|---|
| Oki, dkk, (2020) | Pengaruh pemberian kompres dingin terhadap penurunan skala nyeri pada pasien *post operasi fraktur* di rs siloam sriwijaya palembang tahun 2020 | Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *kuantitatif* dengan metode *pre eksperimen* dengan rancangan *one group pretest post-test* dengan menggunakan uji *paired t-test.* Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien *post operasi fraktur* di Ruang Rawat Inap RS | Hasil analisis diperoleh mean skala nyeri sebelum kompres 6.33 dengan standar deviasi 0.976 dan mean setelah kompres 3.07 dengan standar deviasi 1.033 serta diperoleh nilai *p value*=0.000 dengan taraf signifikan α = 0.05 yang berarti 0.000 < 0.05 maka dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian kompres |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Siloam Sriwijaya Palembang bulan Maret dan April Tahun 2020 dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling*. Terapi pemberian kompres dingin ini dianjurkan 1-3 hari setelah cedera atau pada saat fase cedera akut. kompres dapat diberikan selama 20 menit (Zakiyah, 2015) | dingin terhadap penurunan skala nyeri sebelum diberikan kompres dingin dengan skala nyeri setelah diberikan kompres dingin. |
| Hakam, dkk, 2017 | Pengaruh Terapi Kompres Dingin Terhadap Nyeri Post Operasi ORIF (Open Reduction Internal Fixation) pada Pasien Fraktur di RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso | Metode penelitian ini adalah *pre eksperimental* dengan desain penelitian *one group pretest-posttest*. Populasi penelitian ini adalah pasien yang telah menjalani operasi *fraktur ORIF* dan mendapatkan perawatan di Ruang Dahlia RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso pada bulan Juni-Juli 2016. Teknik sampling yang digunakan *quota sampling*. Peneliti menetapkan jatah sebanyak 10 pasien post operasi *ur ORIF* sebagai | Rerata nilai nyeri responden sebelum intervensi adalah 3,7 dan nilai setelah intervensi adalah 2,9. Hasil penelitian menunjukkan perbedaan yang signifikan antara *pretest* dan *posttest* (p = 0,005). Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan dari terapi kompres dingin terhadap nyeri post operasi pada pasien *fraktur ORIF* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | sampel. Pretest dilakukan sebelum responden diberikan terapi kompres dingin. Terapi kompres dingin diberikan selama 10 menit. Selanjutnya *postest* dilakukan setelah pemberian terapi kompres dingin. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan lembar observasi nyeri *Verbal Descriptor Scale (VDS)*. Uji normalitas pada penelitian ini menggunakan uji *saphiro wilk*. Data dianalisis dengan menggunakan uji *wilcoxon.* | |
| Rosyidah, dkk, 2023 | Pengaruh Kompres Dingin Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur* | Penelitian ini menggunakan desain *pre experiment* dengan rancangan *pre and po test design.* Sampel dalam penelitian ini sebanyak 42 orang dengan menggunakan teknik *non probability* sampling dengan pendekatan *consecutive sampling*. Waktu penelitian untuk pengumpulan data dilakukan selama 2 bulan. | Hasil analisis terhadap jenis kelamin mayoritas laki-laki (69%), hampir separuhnya berusia 17-25 tahun (45,2 %), sebagian besar berpendidikan menengah (61,9 %), mayoritas beragama Islam (97,6%), mayoritas belum pernah operasi (97,6%). Hasil analisis statistik dengan *Wilcoxon p-value* nyeri sebelum dan sesudah (p=0,000). |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Penelitian dilakukan pada bulan September sampai Nopember 2022. Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah kompres dingin, sedangkan variabel dependent adalah Visual Analogue Scale. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan *uji wilcoxon* untuk melihat selisih *pre* dan *post* dalam satu kelompok | Kesimpulan: ada pengaruh pemberian kompres dingin terhadap perubahan intensitas nyeri pada pasien *post operasi fraktur.* |

D. Kompres Dingin

1. Pengertian Kompres

adalah metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairanatau alat yang dapat menimbulkan dingin pada bagian tubuh yang memerlukan. Kompres dingin merupakan aplikasi yang menggunakan bahan atau alat pendingin pada setiap bagian tubuh yang mengalami nyeri. Kompres dingin melibatkan aplikasi dingin baik secara lembab maupun kering pada kulit. (Sirait & Healthy, 2019).

2. Tujuan Pemberian kompres dingin

untuk meningkatkan *vasokonstriksi*, mengurangi *edema*, mengurangi nyeri, mengurangi atau menghentikan perdarahan.

3. Cara Kerja

Ketika melakukan kompres dingin akan terjadi vasokonstriksi. Pada vasokonstriksi, pembuluh darah akan menyempit sehingga dapat menurunkan aliran darah pada area yang cedera. Selain itu, kompres dingin dapat memperlambat laju inflamasi, mengurangi bengkak, nyeri, dan perdarahan.

4. Persiapan Prosedur
    a. Mengecek catatan medis pasien
    b. Persiapan alat yaitu pengalas (*underpad* atau perlak), *cold pack* yang sudah dibekukan di *freezer*, handuk kecil, kasa gulung atau plester untuk merekatkan *cold pack*.
5. Hal yang Perlu Diperhatikan
    a. Ketika melakukan kompres dingin, jangan menggunakan es yang langsung ditempelkan. Gunakan media handuk atau kain atau *icepad*.
    b. Lakukan gerakan sirkular selama kompres dingin untuk menghindari risiko frostbite atau kerusakan jaringan kulit.
    c. Jangan gunakan kompres dingin pada luka terbuka, luka bakar, kram, demam, ataupun sebelum berolahraga
    d. Jangan gunakan kompres hangat pada cedera yang terasa hangat ketika diraba
    e. Lakukan kompres selama maksimal 20 menit.
    f. Hindari suhu yang ekstrem (terlalu panas atau dingin) ketika mengompres.