

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Pengertian

Vulnus Laceratum (luka robek) adalah luka yang terjadi akibat kekerasan benda tumpul robekan jaringan sering di ikuti kerusakan alat di dalam seperti patah tulang. *Vulnus Laceratum* (luka robek) adalah luka yang terjadi akibat kekerasan benda tumpul robekan jaringan sering diikuti kerusakan alat di dalam seperti patah (Enos Kaisma, 2022).

2. Etiologi

Menurut (Santa et al., 2023) *vulnus Laceratum* (luka robek) dapat di sebabkan dapat oleh beberapa hal diantaranya:

- a. Alat yang tumpul.
- b. Jatuh ke benda tajam dan keras
- c. Kecelakaan lalu lintas dan kereta api
- d. Kecelakaan akibat kuku dan gigitan.
- e. Trauma mekanis yang disebabkan karena tergesek, terpotong, terbentur dan terjepit.
- f. Trauma elektri elektris dan penyebab cedera karena listrik dan petir.
- g. Trauma termis, termis, disebabkan oleh panas dan dingin.
- h. Trauma kimia disebabkan oleh zat kimia yang bersifat asam dan basa serta zat initif dan berbagai korosif lainnya

3. Manifestasi

Menurut (WHO), 2018) terdapat 2 gejala lokal dan gejala umum:

a. Gejala Lokal

- 1) Nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf sensoris Intensitas atau derajat rasa nyeri berbeda-beda tergantung pada berat / luas kerusakan ujung-ujung saraf dan lokasi luka.
- 2) Perdarahan, hebatnya perdarahan tergantung pada lokasi luka, jenis pembuluh darah yang rusak
- 3) *Diastase* yaitu luka yang menganga atau tepinya saling melebar.
- 4) Gangguan fungsi, fungsi anggota badan akan terganggu baik oleh karena nyeri atau kerusakan tendon.

b. Gejala umum

Gejala/tanda umum pada perlukaan dapat terjadi akibat penyulit / komplikasi yang terjadi seperti syok akibat nyeri atau perdarahan yang hebat. Meliputi:

- 1) Luka tidak teratur
- 2) Jaringan rusak
- 3) Bengkak
- 4) Perdarahan
- 5) Akar rambut tampak hancur atau tercabut bila kekerasannya di daerah rambut
- 6) Tampak lecet atau memar disetiap luka.

4. Patofisiologi

Vulnus laceratum terjadi akibat kekerasan benda tumpul, goresan, jatuh kecelakaan sehingga kontinuitas jaringan terputus. Ada umumnya respon tubuh terhadap trauma akan terjadi proses peradangan atau inflamasi. Reaksi peradangan akan terjadi apabila jaringan terputus dalam keadaan ini ada peluang besar timbulnya infeksi yang sangat hebat penyebabnya cepat yang disebabkan oleh mikroorganisme yang biasanya tidak berbahaya. Reaksi peradangan itu sebenarnya adalah peristiwa yang dikoordinasikan dengan baik yang dinamis dan kontinyu untuk menimbulkan reaksi peradangan maka jaringan harus hidup dan harus di mikrosekulasikan jika jaringan yang nekrosis luas maka reaksi peradangan tidak ditemukan di tengah jaringan yang hidup dengan sirkulasi yang utuh terjadi pada tepinya antara jaringan mati dan hidup. Nyeri timbul karena kulit mengalami luka infeksi sehingga terjadi kerusakan jaringan kemudian sel-sel yang rusak akan membentuk zat.

5. Penatalaksanaan

Menurut (Ariningrum & Subandono, 2018) dalam manajemen perawatan luka ada beberapa tahap yang dilakukan yaitu evaluasi luka, tindakan antiseptik, pembersihan luka, penjahitan luka, penutupan luka, pembalutan, pemberian antibiotik dan pengangkatan jahitan.

- a. Evaluasi luka meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik (lokasi dan eksplorasi)

b. Tindakan Antiseptik, prinsipnya untuk mencuci kulit Untuk melakukan pencucian / pembersihan luka biasanya digunakan cairan atau larutan antiseptik seperti :

1) Alkohol, sifatnya bakterisida kuat dan cepat (efektif)

2) *Halogen* dan senyawanya

a) Yodium, merupakan antiseptik yang sangat kuat, berspektum luas dan dalam konsentrasi 2% membunuh spora dalam 2-3 jam.

b) *Povidon Yodium (Betadine, Septadine dan Isodine)*. merupakan kompleks yodium dengan *polyvinylpirrolidone* yang tidak merangsang, mudah dicuci karena larut dalam air dan stabil karena tidak.

c) *Yodoform*, penggunaan biasanya untuk anti septik borok.

d) *Klorhesidin, (hibiscrub, savlon, hibitane)* merupakan senyawa biguanid dengan sifat bakterisid dan fungisid, tidak berwarna, mudah larut dalam air, tidak merangsang kulit dan mukosa dan baunya tidak menusuk hidung

e) *Oksidansia*

1) *Kalium permanganat*, bersifat bakterisid dan fungisida agak lemah berdasarkan sifat oksidator.

2) *Perhidrol* (peroksida air, H_2O_2) berkhasiat untuk mengeluarkan kotoran dari dalam luka dan membunuh kuman anaerob.

3) Logam berat dan garam

a) *Merkuri klorida* (sublimat) berkhasiat menghambat pertumbuhan bakteri dan jamur.

b) *Merkurokrom* (obat merah) dalam larutan 5-10% sifatnya *bakteriostatik* lemah, mempercepat keringnya luka dengan cara merangsang timbulnya kerak

4) Asam borat sebagai bakteriostatik lemah (Konsentrasi 3%)

5) *Derivate fenol trinitrofenol* (asam pikrat) kegunaan sebagai antiseptic wajah dan eksterna sebelum operasi dan luka bakar, heksaklorofan (pHisoheks) berkhasiat untuk mencuci tangan.

6) Basa ammonium kuartener disebut juga etakridin (rivanol) merupakan turunan aridin dan berupa serbuk berwarna kuning dan konsentrasi 0,1% kegunaannya sebagai antiseptic borok bernanah, kompres dan irigasi luka terinfeksi. Dalam proses pencucian/pembersihan luka yang perlu diperhatikan adalah pemilihan cairan pencuci dan teknik pencucian luka Penggunaan cairan pencuci yang tidak tepat akan menghambat pertumbuhan jaringan sehingga memperlama waktu rawat dan biaya perawatan. Pemeliharaan cairan dalam pencucian luka harus cairan yang efektif dan aman terhadap luka.

7) Pembersihan luka

tujuan dilakukannya pembersihan luka adalah meminangkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka menghindari terjadinya infeksi membuang jaringan *nekrosis* dan *debris*

8) Penjahitan luka

Luka bersih dan diyakini tidak mengalami infeksi serta berumur kurang dari 5 jam boleh dijahit primer, sedangkan luka yang terkontaminasi berat dan atau tidak terbatas tegas sebaiknya dibiarkan sembuh persekondam atau pertertiam

9) Penutupan luka adalah mengupayakan kondisi lingkungan yang baik pada luka sehingga proses penyembuhan berlangsung optimal

10) Pembalutan pertimbangan dalam menutup dan membalut luka sangat tergantung pada kondisi luka. Pembalutan berfungsi sebagai pelindung terhadap terhadap penguapan, infeksi, mengupayakan lingkungan yang baik bagi luka dalam proses penyembuhan, sebagai fiksasi dan efek penekanan yang mencegah berkumpulnya rembesan darah yang menyebabkan hematoma.

11) Pemberian antibiotik

Prinsipnya pada luka bersih tidak perlu diberikan antibiotik dan pada luka terkontaminasi atau kotor maka perlu diberikan antibiotic.

12) Pengangkatan jahitan

Diangkat bila fungsinya sudah tidak diperlukan lagi. Waktu pengangkatan jahitan tergantung dari berbagai ktu pengangkatan jahitan tergantung dari berbagai faktor seperti lokasi, pengangkatan luka, usia, kesehatan, sikap penderita dan adanya infeksi.

B. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut

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)

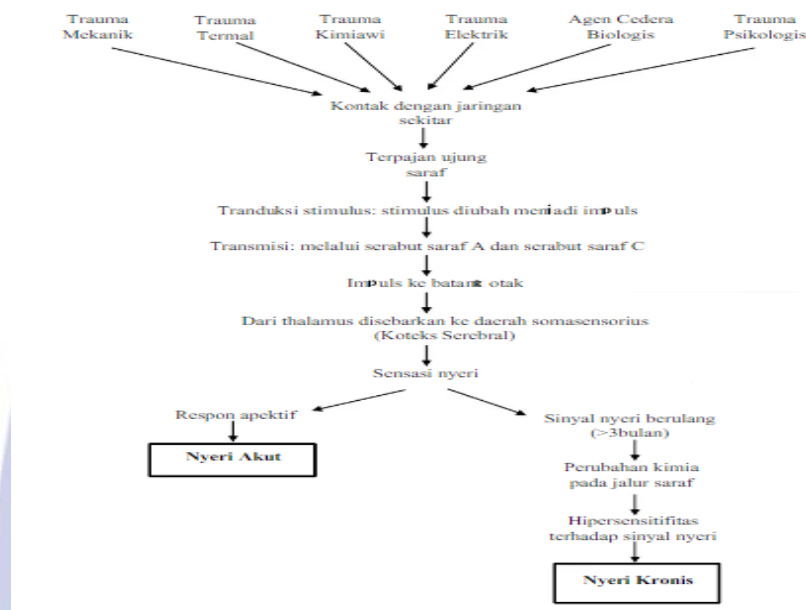
- 2) Agen pencedera kimiawi (misalnya Terbakar, Bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

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



Bagan 2.1 (Hidayat, 2009 dalam Andi 2024)

e. Penatalaksanaan

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh klien. Manajemen nyeri pre operasi meliputi pemberian terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi berupa intervensi perilaku kognitif seperti teknik relaksasi, terapi musik, *imagery* dan *biofeedback*, namun begitu banyak aktivitas keperawatan non farmakologis yang dapat membantu dan menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2011). Terapi nonfarmakologis meliputi :

- 1) Pijat atau *masase* pijat dapat dilakukan dengan jumlah tekanan dan stimulasi yang bervariasi terhadap berbagai titik-titik pemicu

miofasial di seluruh tubuh. Pijat akan melemaskan ketegangan otot dan meningkatkan sirkulasi lokal.

2) *Akupunktur*

Akupunktur adalah insersi jarum halus ke dalam berbagai “titik akupunktur (pemicu)” diseluruh tubuh untuk meredakan nyeri.

3) *Akupresure*

Akupresure pemberian tekanan dengan ibu jari, suatu teknik yang disebut dengan. *Akupresure* memungkinkan alur energi yang terkongesti untuk meningkatkan kondisi yang lebih sehat.

4) *Range Of- Motion (ROM)* Digunakan untuk melemaskan otot, memperbaiki sirkulasi, dan mencegah nyeri yang berkaitan dengan kekakuan dan imobilitas.

5) Aplikasi panas

Panas dapat disalurkan melalui konduksi (botol air panas, bantalan pemanas listrik, lampu, kompres basah panas), konveksi (*whirpool*, *sitz bath*, berendam air panas) atau konversi (*ultrasonografi*, *diatermi*). Panas dapat melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah, sehingga memungkinkan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk- produk inflamasi, seperti *bradikinin*, *histamin*, dan *prostaglandin* yang menimbulkan nyeri lokal

6) Aplikasi dingin

Aplikasi dingin lebih efektif untuk nyeri akut (misalnya, trauma akibat luka bakar, tersayat, terkilir). Dingin dapat disalurkan dalam bentuk berendam atau kompres air dingin, kantung es, *aquamatic K pads* dan pijat es. Aplikasi dingin mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan serta *edema*.

7) Relaksaksi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat mengurangi ketegangan otot, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002).

Menurut Setyoadi & Kushariyadi (2011), relaksasi nafas dalam adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata.

Langkah Teknik Relaksaksi Nafas Dalam

- a) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas
- b) Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka

bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.

- c) Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
- d) Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega
- e) Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
- f) Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
- g) Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya
- h) Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
- i) Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri

- j) Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit

2. Asuhan Keperawatan berdasarkan teori

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan (Nikmatur Rohma & Saiful Wahid, 2014). Pengumpulan data klien baik subyektif atau obyektif pada gangguan sistem musculoskeletal dan integument sehubungan dengan cedera jaringan lunak vulnus laseratum, lokasi, ukuran luka, perdarahan, jenis injuri dan adanya komplikasi pada organ vital lainnya. Data yang perlu didapati adalah sebagai berikut (Mutaqqin, 2008):

- 1) Identitas klien dan keluarga (penanggung jawab) : nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, golongan darah, hubungan klien dengan keluarga.
- 2) Keluhan Utama : Setelah dikaji klien mengalami luka (vulnus) dan imobilisasi biasanya mengeluh tidak dapat melakukan pergerakan, nyeri, lemah, dan tidak dapat melakukan aktivitas.

P : Klien mengatakan nyeri pada area luka yang dialaminya

Q : Nyerinya terasa pedih

R : Nyeri berkisar di area luka dan menyebar kesekitar luka

S : Skala nyeri berkisar antara 4 sampai 6

T : Nyeri bisa terus menerus-nerus atau hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Tingkat kesadaran/GCS (14-15), muntah, dispnea/ takipnea, sakit kepala, wajah simetris / tidak, lemah, luka pada kepala, akumulasi pada saluran nafas, kejang.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, penggunaan obat-obat anti gula, aspirin, vasolidator, obat-obat adiktif, konsumsi alkohol berlebihan.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji adanya anggota generasi terdahulu yang menderita hipertensi dan diabetes mellitus dan penyakit lainnya

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Pada klien yang immobilisasi perlu dilihat dalam keadaan umum meliputi postur tubuh, kesadaran, dan gaya bicara klien karena imobilitas biasanya menyebabkan kelemahan, kebersihan diri kurang. Aktivitas isitrahah Apakah ada

keterbatasan atau ketidak mampuan melakukan fungsi pada bagian yang terkena mungkin akibat vulnus ini sendiri.

b) Pola aktivitas sehari- hari

Pola aktivitas sehari-hari pada klien vulnus laeratum meliputi frekuensi makan, jenis makan, porsi makan dan kualitas minum, dan eliminasi yang meliputi BAB (frekuensi, warna, konsistensi) serta BAK (frekuensi, banyaknya urine yang keluar setiap hari dan warna urine). Personal hygiene (frekuensi mandi, gosok gigi, dan cuci rambut serta memotong kuku).

c) Data Psikososial

Pada data psikososial pada klien vulnus laceratum mengkaji mengenai konsep diri (gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, dan identitas diri) dan hubungan atau interaksi klien dengan anggota keluarganya maupun lingkungan.

d) Data spiritual

Klien dengan vulnus laceratum perlu dikaji tentang agama dan kepribadiannya, keyakinan, harapan, serta semangat yang ada dalam diri klien untuk kesembuhan klien.

e) Pemeriksaan Head to toe :

- 1) Kepala didapatkan adanya bekas laserasi pada bagian kepala akibat trauma yang ditimbulkan
- 2) Muka meliputi dari:

- a) Pemeriksaan mata: biasanya pupil membesar atau mengecil akibat, penglihatan terganggu diakibatkan oleh trauma yang dialami.
 - b) Pemeriksaan hidung : normal tidak ada gangguan pada hidung.
 - c) Pemeriksaan mulut : normal tidak ada gangguan pada mulut.
 - d) Pemeriksaan gigi : normal tidak ada gangguan pada gigi.
 - e) Pemeriksaan telinga : normal tidak ada gangguan pada telinga
 - f) Leher tidak ada masalah.
- 3) Dada
- a) Paru paru
 - 1) Inspeksi pergerakan dada biasanya cepat dan dangkal.
 - 2) Palpasi, tidak ditemukannya masalah pada dada.
 - 3) Perkusi, tidak ditemukannya masalah pada dada.
 - 4) Auskultasi, suara nafas wheezing.
- 4) Jantung
- a) Inspeksi tidak ditemukannya kelainan pada abdomen.

- b) Auskultasi memeriksa jumlah bising usus selama ± 60 detik.
- c) Palpasi tidak ditemukan nyeri tekan atau nyeri lepas di kuadran I, II, III atau IV.
- d) Perkusi tidak ditemukanya masalah pada kuadran I, II, III, atau IV.
- f) Pemeriksaan Genetalia, tidak ditemukannya masalah pada bagian Genitalia
- g) Pada pemeriksaan Rectum tidak ditemukan masalah.
- h) Pemeriksaan ekstremitas
Ekstremitas atas: bagaimana warna kulit kedua tangan, adakah deformitas tulang, adakah edema pada salah satu tangan, bagaimana CRT (Capillary Refill Time), periksa kemampuan pasien untuk fleksi dan ekstensi, kaji kemampuan menggenggam.
- i) Sistem Kardiovaskuler
Pada pasien dengan cedera kepala ringan terdapat perubahan tekanan darah yaitu menurunnya tekanan (hipotensi), jika pasien mengalami peningkatan tekanan intrakranial maka pasien mengalami tekanan darah yang meningkat, serta denyut nadi bradikardi kemudian takikardi atau irama jantungnya

tidak teratur. Pasien juga dikaji jika adanya keluaran cairan dari mulut, hidung ataupun mulut.

j) Sistem Persyarafan

Secara fisik pasien dengan cedera kepala ringan dikaji tingkat kesadaran pasien 14 sampai 15. gejala biasanya kehilangan kesadaran, amnesia, vertigo, sinkop, titinus, kehilangan pendengaran, perubahan penglihatan, gangguan pengecapan. Tanda biasanya perubahan kesadaran sampai koma, perubahan status mental, perubahan pupil, kehilangan pengindraan, kejang, kehilangan sensasi sebagian tubuh.

k) Sistem Perkemihan

Setelah cedera kepala klien mungkin mengalami inkontinesia urin karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

l) Sistem Pencernaan

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

m) Sistem penglihatan

Biasanya pada trauma frontalis terjadi penurunan penglihatan yang diikuti juga dengan penurunan lapang pandang, refleksi cahaya menurun, perubahan ukuran pupil, bola mata tidak dapat mengikuti perintah, anisokor.

n) Sistem Pendengaran Perubahan fungsi pendengaran pada klien cedera kepala ringan biasanya tidak didapatkan apabila trauma yang terjadi tidak melibatkan saraf vestibulokoklearis.

o) Sistem Muskuloskeletal Biasanya kemungkinan vulnus mengenai bagian otot dan tulang, bisa terjadi fraktur/amputasi pada bagian terkena vulnus.

p) Sistem Integumen Terdapat laserasi pada bagian vulnus laserasi akibat trauma.

q) Sistem Endokrin Tidak terjadi gangguan pada sistem endokrin.

5) Data penunjang

a) Pemeriksaan rontgen, menentukan lokasi atau luasnya vulnus atau trauma

b) Scan tulang tomogram, scan CI atau MRL, memperlihatkan vulnus juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

c) Arteriogram, dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai.

d) Menghitung darah lengkap, Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi vulnus atau organ jauh pada trauma multipel).

b. Diagnosa Keperawatan (berdasarkan diagnosa keperawatan/ SDKI) :

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Dinarti & Mulyanti, 2017).

1) Pengertian

Nyeri Akut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pengalaman sensorik atau emosional berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Etiologi

a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia,

neoplasma)

- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3) Manifestasi Klinis

a) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif : Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur

b) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Tekanan nadi meningkat, Pola napas berubah, Nafsu makan berubah, Proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri, Diaforesis

4) Kondisi Klinis Terkait

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

c. Intervensi

No	Diagnosa	SLKI	SIKI																				
1	Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : SLKI: Tingkat nyeri (L.08066)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Sikap protektif</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Kesulitan tidur</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan no 1-4 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun</p>	No	Indikator	IR	ER	1	Keluhan nyeri	3	5	2	Meringis	3	5	3	Sikap protektif	3	5	4	Kesulitan tidur	3	5	<p>Manajemen Nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, relaksasi,
No	Indikator	IR	ER																				
1	Keluhan nyeri	3	5																				
2	Meringis	3	5																				
3	Sikap protektif	3	5																				
4	Kesulitan tidur	3	5																				

			<p>akupresure, terapi musik,, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, terapi kompres hangat/dingin.</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	--	--	--

d. Implementasi

Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu Klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus 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 non farmakologi. Dalam penanganan nyeri apabila salah satu penanganannya nonfarmakologi belum berhasil maka akan dilakukan kolaborasi antara penanganan nyeri non farmakologi dan farmakologi. Nyeri yang dialami oleh Klien merupakan nyeri akut dengan skala sedang. Maka perlu adanya dilakukannya kedua penanganan nyeri tersebut. (Smeltzer and Bare, 2010 dalam Hermanto et al., 2020).

Dalam terapi farmakologi yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri sedangkan teknik nonfarmakologi terdapat beberapa teknik diantaranya teknik relaksasi genggam jari. teknik terapi relaksasi menggunakan jari jemari serta gelombang tenaga yang ada di dalam tubuh (Kurniawaty & Febrianita, 2020)

e. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis 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 menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

C. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

Penulis/Tahun	Judul Penelitian	Metode	Hasil
Budikase, Dkk (2022)	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Kecelakaan Lalu Lintas Di Igd Rsud Maria Walanda Maramis Airmadidi	Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian pra experiment dengan rancangan one group pre test and post test. Penelitian ini dilaksanakan di bulan Desember 2021 sampai dengan Januari 2022 di ruangan IGD RSUD Maria Walanda Maramis Airmadidi. sampel sebanyak 20 responden dengan teknik pengambilan sampel Accidental sampling. Analisa data yang digunakan Wilcoxon, pada tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=0,05$)	Hasil penelitian ini diketahui data sebelum diberikan teknik relaksasi nafas dalam yaitu nyeri sedang 15 responden (75%), dan data sesudah diberikan teknik relaksasi nafas dalam yaitu nyeri ringan 10 responden (50%). Berdasarkan uji Wilcoxon, didapat nilai signifikan $p=0,000$. Kesimpulan dari hasil identifikasi Terdapat pengaruh yang sangat signifikan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pasien kecelakaan lalu lintas di ruangan IGD RSUD Maria Walanda Maramis Airmadidi.

<p>Sianipar, 2015</p>	<p>Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Vulnus Laceratum Post Kecelakaan Lalu Lintas Di Ruang Ugd Rs Royal Taruma 2015</p>	<p>Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptik analitik dengan pendekatan crosssectional. Sampel yang digunakan merupakan total sampling sebanyak 30 responden pada pasien vulnus laceratum post kecelakaan lalu lintas di ruang UGD RS Royal Taruma Jakarta 2015. Penelitian ini dilaksanakan dengan melakukan terapi nafas dalam dan membandingkan skala nyeri sebelum dilakukan tehnik relaksasi dan sebsudah dilakukan tehnik relaksasi. Untuk mengetahui hubungan antar dua variable maka penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis T-test karena peneliti mengevaluasi sebelum dan sesudah dilakukan tehnik relaksasi akan</p>	<p>Penelitian ini didapatkan data bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tehnik relaksasi nafas dalam dengan respon skala nyeri. Dimana dengan menggunakan uji T-Test didapatkan p-value sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam skala nyeri pada pasien vulnus laceratum akan berkurang dibandingkan dengan sebelum dilakukan tehnik relaksasi nafas dalam di ruang UGD RS Royal Taruma Jakarta. 2015</p>
-----------------------	--	---	--

		berpengaruh terhadap skala nyeri yang dirasakan oleh pasien vulnus laceratum	
Sudirman A.S et al 2023	Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Appendisitis di IRD RSUD Otanaha Kota Gorontalo	Penelitian ini merupakan Pre Eksperimen dengan pendekatan one group pre-post test design, dengan Sampel sebanyak 10 responden	Hasil penelitian ini setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam mayoritas skala nyeri pasien appendisitis termasuk dalam kategori sedang yaitu sebanyak 7 pasien (70.0%) dan kategori ringan 3 orang (30.0%). Hasil perhitungan statistik menggunakan paired sampel t test, diperoleh nilai signifikansi sebesar $0,000 < 0,05$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa teknik relaksasi napas efektif dalam menurunkan penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Appendisitis di IRD RSUD Otanaha Kota Gorontalo.