

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menantukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan. Setiap tahap saling bergantung dan berhubungan (Hidayat & Uliyah, 2014).

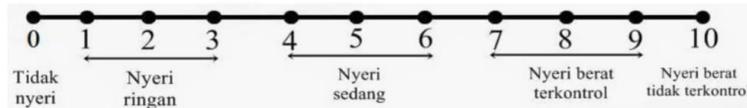
#### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat & Uliyah, 2014).

Pengkajian pada masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri, serta keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas, dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQIRST, yaitu sebagai berikut.

- a. **P (pemacu)**, yaitu faktor yang memengaruhi gawat atau ringannya nyeri.
- b. **Q (quality)**, dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat.
- c. **R (region)**, yaitu daerah perjalanan nyeri.
- d. **S (severity)** adalah keparahan atau intensitas nyeri.
- e. **T (time)** adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri

Intensitas nyeri dapat diketahui dengan bertanya kepada pasien melalui skala *Numeric Rating Scale* pada pengukuran skala ini pasien diminta untuk menyebutkan rasa nyerinya terdapat diangka berapa. Perawat menyelaskan tingkatan nyerinya yaitu 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat tetapi terkontrol, dan 10 nyeri sangat berat tidak terkontrol.



Gambar 2.1 Numeric rating Scale  
(sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017)

Pengkajian keperawatan dalam proses keperawatan (Budiono & Pertami, 2016) meliputi :

a. Tahap pengkajian

1) Identitas pasien

Yang perlu dikaji pada identitas pasien meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, status, pendidikanm pekerjaan, suku bangsa, alamat, tanggal pengkajian, diagnosis medis.

2) Keluhan utama

Pasien merasakan nyeri pada area fraktur

3) Riwayat kesehatan sekarang

Kapan pasien mengalami fraktur, bagaimana terjadinya dan bagian tubuh mana yang terkena.

4) Riwayat kesehatan masa lalu

Apakah pasien pernah mengalami penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi kesehatan sekarang. Misalnya apakah pasien memiliki penyakit tertentu seperti kanker tulang atau apakah pasien pernah mengalami kecelakaan sebelumnya.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga pasien memiliki penyakit keturunan yang mungkin akan mempengaruhi kondisi sekarang. Penyakit keluarga yang berhubungan dengan patah tulang, misalnya osteoporosis.

6) Pola nutrisi dan metabolic

Data yang pelu dikaji meliputi nafsu makan, jumlah makanan dan minuman serta cairan yang masuk adakah perubahan antara sebelum sakit dan setelah sakit.

7) Pola eliminasi

Data yang perlu dikaji meliputi pola buang air besar, dan pola buang air kecil sebelum sakit dan setelah sakit.

8) Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan aktivitas dan latihan meliputi kemampuan melakukan perawatan diri, makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah. Pola latihan sebelum sakit dan saat sakit.

9) Pola tidur dan istirahat

Data yang perlu dikaji meliputi pola tidur dan istirahat sebelum sakit dan saat sakit apakah ada perubahan.

10) Pengkajian fisik

- a) Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran: kompos mentis, apatis, somnolen, sopor, coma, dan GCS (Glasgow Coma Scale)
- b) Tanda-tanda vital: nadi, suhu, tekanan darah, respiratory rate
- c) Pemeriksaan head to toe. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (physical Examination) yang terdiri atas:
  1. Inspeksi, yaitu teknik yang dapat dilakukan dengan observasi yang dilaksanakan secara sistematis.
  2. Palpasi, yaitu suatu teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang perlu diperhatikan adalah menciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai. Kemudian tangan harus dalam keadaan kering, hangat, dan kuku pendek. Palpasi pada setiap ekstermitas dan rasakan (kekuatan/kualitas nadi perifer, adanya nyeri tekan atau tidak)
  3. Perkusi, adalah pemeriksaan yang perlu dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk

mengidentifikasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan: sonor, redup, pekak, hipersonon/timpani.

4. Auskultasi merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI PPNI, 2016).

**Tabel 1**  
**Diagnosa Keperawatan**

No.	Diagnosis Keperawatan	Penyebab faktor resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
1.	<b>Nyeri Akut (D.0077)</b> Definisi : 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 tiga bulan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>2. Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan).</li> <li>3. Agen pencedera fisik (misal abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, latihan fisik berlebihan).</li> </ol>	<b>Subjektif :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> </ol> <b>Objektif :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur</li> <li>2. Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari Nyeri)</li> </ol>	<b>Subjektif :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak tersedia</li> </ol> <b>Objektif :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah</li> <li>2. Nafsu makan berubah, Proses berfikir terganggu</li> <li>3. Menarik diri, berfokus pada diri sendiri</li> <li>4. Diaforesis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi pembedahan, cedera traumatis</li> <li>2. Infeksi</li> <li>3. Sindrom koroner akut</li> <li>4. Glaukoma</li> </ol>

2.	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</b>  <b>Definisi:</b>  keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>2. Perubahan metabolisme</li> <li>3. Ketidakbugaran fisik</li> <li>4. Penurunan kendali otot</li> <li>5. Penurunan massa otot</li> <li>6. Penurunan kekuatan otot</li> <li>7. Keterlambatan perkembangan</li> <li>8. Kekakuan sendi</li> <li>9. Kontraktur</li> <li>10. Malnutrisi</li> <li>11. Gangguan musculoskeletal</li> <li>12. Gangguan neuromuscular</li> <li>13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia</li> <li>14. Efek agen farmakologis</li> <li>15. Program pembatasan gerak</li> <li>16. Nyeri</li> <li>17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik</li> <li>18. Kecemasan</li> <li>19. Gangguan kognitif</li> <li>20. Keengganan melakukan pergerakan</li> <li>21. Gangguan sensori-persepsi</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh Sulit menggerakan ekstermitas</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun</li> <li>2. Rentan gerak (ROM) menurun</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sendi kaku</li> <li>2. Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>3. Gerakan terbatas</li> <li>4. Fisik lemah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke</li> <li>2. Cedera medulla spinalis</li> <li>3. Trauma</li> <li>4. Fraktur</li> </ol>
3	<p><b>Gangguan Pola Tidur (D.0055)</b>  <b>Definisi:</b>  Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hambatan lingkungan (mis: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap,</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit tidur</li> <li>2. Mengeluh sering terjaga</li> <li>3. Mengeluh tidak puas tidur</li> <li>4. Mengeluh pola tidur</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh kemampuan aktivitas menurun</li> </ol> <p><b>Objektif :</b>  Tidak tersedia</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri/kolik</li> <li>2. Kecemasan</li> <li>3. Penyakit paru obstruktif kronis</li> <li>4. Kondisi pasca</li> </ol>

		jadwal pemantauan/pe meriksaan/Tind akan) 2. Kurang control tidur 3. Kurang privasi 4. Restraint fisik 5. Ketiadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan peralatan tidur	berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup  <b>Objektif :</b> Tidak Tersedia		operasi
--	--	---	---	--	---------

(Sumber : Tim Pokja SDKI, 2016)

### 3. Intervensi

Intervensi atau rencana keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Tabel 2**  
**Rencana Keperawatan**

NO	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Menarik diri menurun 6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Diaphoresis menurun 8. Perasaan depresi menurun 9. Perasaan takut engalami cedera berulang menurun 10. Anoreksia menurun	1. Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi 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 respon nyeri. 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	1. Aromaterapi 2. Dukungan hypnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi proses penyalit 6. Edukasi teknik nafas 7. Kompres dingin 8. Kompres panas 9. Konsultasi 10. Latihan pernafasan 11. Manajemen efek samping obat 12. Manajemen kenyamanan lingkungan 13. Manajemen medikasi 14. Manajemen sedasi 15. Manajemen terapi radiasi

	<p>11. Perineum terasa tertekan menurun</p> <p>12. Uterus teraba membulat menurun</p> <p>13. Ketegangan otot menurun</p> <p>14. Pupil dilatasi menurun</p> <p>15. Muntah menurun</p> <p>16. Mual menurun</p> <p>17. Frekuensi nadi membaik</p>	<p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi</li> <li>5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>6. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>7. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>8. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>9. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu (Manajemen nyeri : I.08238)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Pementauan nyeri</li> <li>17. Pemberian obat</li> <li>18. Pemberian obat intravena</li> <li>19. Pemberian obat oral</li> <li>20. Pemberian obat topical</li> <li>21. Pengaturan posisi</li> <li>22. Perawatan amputasi</li> <li>23. Perawatan kenyamanan</li> <li>24. Teknik distraksi</li> <li>25. Teknik imajinasi terbimbing</li> <li>26. Terapi akupresur.</li> <li>27. Teknik akupuntur</li> <li>28. Teknik bantuan hewan</li> <li>29. Teknik humor</li> <li>30. Teknik murettal</li> <li>31. Teknik music</li> <li>32. Teknik pemijatan</li> <li>33. Teknik relaksasi</li> <li>34. Teknik sentuhan</li> <li>35. Transcutaneous electrical nerve stimulation ( TENS )</li> </ol>
2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak ( ROM ) meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kaku sendi menurun</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan pematuan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan perawatan diri (BAB/BAK, berpakaian, makan,mandi,minum)</li> <li>3. Edukasi latihan fisik</li> <li>4. Edukasi teknik ambulasi</li> <li>5. Edukasi teknik transfer</li> <li>6. Konsultasi via telpon</li> <li>7. Latihan otogenik</li> <li>8. Manajemen energy</li> <li>9. Manajemen lingkungan</li> </ol>

	<p>7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun</p> <p>8. Gerakan terbatas menurun</p> <p>9. Kelemahan fisik menurun</p>	<p>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis : duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (Dukungan mobilisasi : I.05173)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Manajemen nutrisi</li> <li>11. Manajemen nyeri</li> <li>12. Manajemen medikasi</li> <li>13. Manajemen program latihan</li> <li>14. Manajemen sensasi ferifer</li> <li>15. Pemantauan neurologis</li> <li>16. Pemberian obat oral dan IV</li> <li>17. Pembidaian</li> <li>18. Pencegahan jatuh</li> <li>19. Pencegahan luka tekan</li> <li>20. Pengaturan posisi</li> <li>21. Pengekangan fisik</li> <li>22. Perawatan kaki</li> <li>23. Perawatan tirah baring</li> <li>24. Perawatan traksi</li> <li>25. Teknik latihan penguatan otot</li> </ol>
3	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> <li>6. Kemampuan beraktivitas meningkat</li> </ol>	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Lakukan prosedur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan meditasi</li> <li>3. Dukungan perawatan diri BAB atau BAK</li> <li>4. Poto trapi gangguan mood/tidur</li> <li>5. Latihan otogenik manajemen demensia</li> <li>6. Manajemen energy</li> <li>7. Manajemen lingkungan</li> <li>8. Manajemen meditasi</li> <li>9. Manajemen nutrisi</li> <li>10. Manajemen nyeri</li> <li>11. Manajemen penggantian hormone</li> <li>12. Pemberian obat oral</li> <li>13. Pengaturan posisi</li> <li>14. Promosi koping</li> <li>15. Promosi latihan fisik</li> <li>16. Reduksi ansietas</li> <li>17. Teknik menenangkan</li> <li>18. Terapi aktivitas</li> <li>19. Terapi music</li> <li>20. Terapi pemijatan</li> <li>21. Terapi relaksasi</li> <li>22. Terapi relaksasi otto</li> </ol>

		<p>untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <p>6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</li> <li>6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol>	<p>progresif</p>
--	--	--	------------------

Sumber : (PPNI, 2016) (PPNI, 2018) (PPNI, 2019)

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap ini dilaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang telah dibuat sesuai teori dan asuhan keperawatan (Budiono & S Pertami, 2015).

#### 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Budiono & S Pertami, 2015)

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto dan Wartinah, 2015).

Langkah –langkah evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Daftar tujuan-tujuan pasien
- b. Lakukan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu
- c. Bandingkan antara tujuan dengan kemampuan pasien
- d. Diskusikan dengan pasien, apakah tujuan dapat tercapai atau tidak

## **B. Konsep Kebutuhan Dasar**

### **1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Kebutuhan dasar manusia merupakan kebutuhan yang secara langsung mempengaruhi kehidupan dan kematian manusia, sehingga harus segera dipenuhi. Kebutuhan dasar orang yang dikelompokkan ke dalam lima kategori terpenuhi secara bertahap sehingga membentuk suatu piramida. Artinya kebutuhan pada tingkat pertama harus dipenuhi sebelum seseorang naik untuk memenuhi kebutuhan kedua, dan seterusnya. kebutuhan tersebut adalah kebutuhan material, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial, kebutuhan pengakuan, dan kebutuhan aktualisasi diri (Asaf, 2020).

Dalam teori Hierarki kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dikenal dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya.

Perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika pertama kali masuk sekolah karena merasa terancam oleh kaharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.

- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain. kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri, selain itu, orang juga memerlukan pe ngakuan dari orang lain  
(Haswita & Sulistyowati, 2017).



Gambar 2 Hierarki Maslow  
(Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017).

## 2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu dan menurut subjek (Haswita & Sulistyowati, 2017).

### 3. Konsep Dasar Nyeri

#### a. Definisi

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Inilah dasar dari perawat dalam mengatasi rasa nyeri pada klien. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau factor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis dan lain-lain (Sutanto & Fitriana, 2022).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Berikut ini adalah pendapat beberapa ahli tentang pengertian nyeri:

- 1) Wolf Weifsel Feurst : nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 2) Mc. Coffery : mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 3) Arthur C. Curton : mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- 4) Scrumum, mengartikan bahwa nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Hidayat & Uliyah, 2014).

b. Teori Nyeri

1) Teori pemisahan (Specificity Theory)

Rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2) Teori pola (Teori Pola)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar gangliondorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu kortek serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3) Teori pengendalian (Gate Control Theory)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang kortek serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat saraf kecil akan menghambat substansia gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4) Teori transmisi dan inhibisi

Adanya rangsangan pada nociceptor memulai transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik (Haswita & Sulistyowati, 2017).

### c. Fisiologi Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.

- 1) Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- 2) Proses berikutnya, yaitu transmisi dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (*ascendens*), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.
- 3) Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetik seperti morfin.
- 4) Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di transmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

### d. Klasifikasi Nyeri

#### 1) Jenis Nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral dan nyeri psikogenik.

- a) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:

1. Nyeri superfisial : Rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
  2. Nyeri viseral : rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks.
  3. Nyeri alih : rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- b. Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.
- c. Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena factor psikologi.
- 2) Bentuk Nyeri

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

**Tabel 3**  
**Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronik**

<b>Karakteristik</b>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Nyeri Kronik</b>
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Factor eksterbal atau peyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan atau sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

(Sumber : Haswita dan Sulistyowati, 2017).

e. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intesitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran pada intesitas nyeri juga sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri yang sama dirasakan setiap orang juga berbeda-beda.

1) Skala Nyeri Menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

**Tabel 4**  
**Skala Nyeri Menurut Hayward**

Skala	Keterangan
0	Tidak Nyeri
1-3	Nyeri Ringan
4-6	Nyeri Sedang
7-9	Nyeri berat terkontrol
10	Nyeri berat tidak terkendali

(Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017).

2) Skala Wajah atau Wong Baker FACES Rating Scale

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 3 Skala Nyeri

(Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017).

f. Stimulus Nyeri

Seseorang dapat menoleransi, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshold*). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, di antaranya sebagai berikut.

- 1) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- 2) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- 3) Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.
- 4) Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
- 5) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.  
(Hidayat & Uliyah, 2014).

g. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

2) Jenis Kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan

erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin. Di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4) Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbedabeda.

5) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang

efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

#### 7) Pengalaman Terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimana pun, hal ini tidak selalu benar. Sering kali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.

#### 8) Gaya Koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan nyeri klien. Sumber koping lebih dari sekitar metode teknik. Seorang klien mungkin tergantung pada support emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdoa, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang.

#### 9) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman

terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri.

(Sumber : Haswita dan Sulistyowati,2017)

## C. Konsep Penyakit

### 1. Pengertian

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang umumnya disebabkan oleh tekanan atau trauma. Selain itu, fraktur merupakan rusaknya kontinuitas tulang yang disebabkan oleh tekanan eksternal yang datang lebih besar dibandingkan dengan yang dapat diserap oleh tulang ( Asikin, Nasir, podding, & Susaldi, 2016).

Fraktur tibia dan fibula yaitu terjadi terputusnya hubungan tulang tibia dan fibula. Fraktur ini dapat mengenai jaringan lunak (otot, kulit, jaringan syaraf dan pembuluh darah ) disekitarnya. Trauma jaringan ini akan berdampak kepada pengeluaran sejumlah bahan kimia seperti bradikinin, histamine, serotin dan ion kalium. Pelepasan bahan kimia ini akan merangsang nosiseptor sehingga menimbulkan rangsangan nyeri (LeMone, Priscilla, 2016).

### 2. Etiologi

Fraktur disebabkan oleh sejumlah hal, yaitu trauma (kekerasan langsung dan kekerasan tidak langsung), Stres berulang, serta tulang yang lemah secara abnormal ( Asikin, Nasir, podding, & Susaldi, 2016).

### 3. Menurut (Asikin, Nasir, Podding & Susaldi, 2016) tanda dan gejala fraktur terdiri dari :

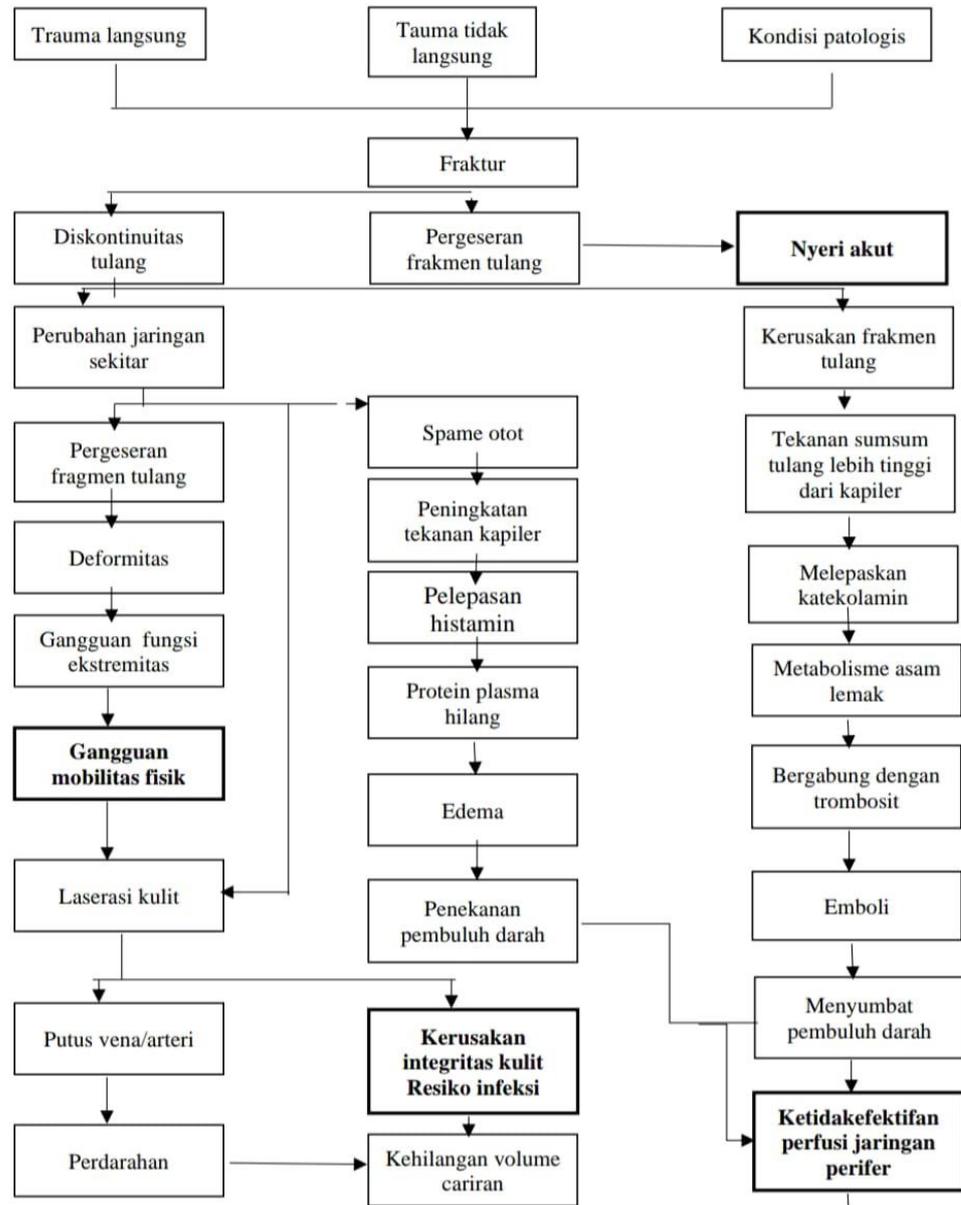
- a. Depormitas (perubahan struktur dan bentuk) disebabkan oleh ketergantungan fungsional otot pada kesetabilan otot.
- b. Bengkak atau penumpukan cairan atau darah karena kerusakan pembuluh darah, berasal dari proses dilatasi, edukasi plasma, adanya peningkatan leukosit pada jaringan disekitar tulang.
- c. Spasme otot karena tingkat kecatatan, kekuatan otot yang disebabkan karena tulang menekan otot.

- d. Nyeri karena kerusakan otot dan perubahan jaringan dan perubahan struktur yang meningkat karena penekatan sisi-sisi fraktur dan pergerakan bagian fraktur
- e. Kurangnya sensasi yang dapat terjadi karena adanya gangguan saraf, dimana saraf ini dapat terjepit atau terpusus oleh fragmen tulang
- f. Hilangnya atau kurangnya fungsi normal karena ketidakstabilan tulang, nyeri atau spasme otot
- g. Pergerakan abnormal
- h. Krepitasi, sering terjadi karena pergerakan bagian fraktur sehingga menyebabkan kerusakan jaringan sekitarnya.

#### **4. Patofisiologi**

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh adanya trauma dan kondisi patologis. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang itu sendiri, dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur terjadi lengkap atau tidak lengkap. Fraktur lengkap terjadi apabila seluruh tulang patah, sedangkan pada fraktur tidak lengkap melibatkan seluruh ketebalan tulang kerusakan pembuluh darah akibat fraktur akan menyebabkan pendarahan yang menyebabkan volume darah menurun, sehingga mengakibatkan terjadinya perubahan perfusi jaringan hematoma pada kasus fraktur akan mengeksudasi plasma dan berpoliferasi menjadi edema local. Fraktur terbuka atau tertutup mengenai serabut saraf, dimana hal ini menimbulkan rasa nyaman nyeri yang menimbulkan nyeri gerah sehingga mobilitas fisik terganggu. Fraktur terbuka juga dapat mengenai jaringan lunak yang dapat memungkinkan dapat terjadinya infeksi akibat terkontaminasi dengan udara luar dan kerusakan jaringan lunak akan mengakibatkan kerusakan integritas kulit.

## 5. Pathway



Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015)

Gambar 4  
Pathway Fraktur

## 6. Pemeriksaan Penunjang

- a. X-ray : menentukan lokasi/luasnya fraktur
- b. Scan tulang : memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak
- c. Arteriogram : dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler
- d. Hitung darah lengkap : hemokonsentrasi mungkin meningkat peningkatkan lekosit sebagai respon terhadap peradangan
- e. Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin klirens ginjal
- f. Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangandarah, transfuse, atau cedera hati (Nurarif & Kusuma, 2015).

## 7. Klasifikasi Fraktur

Klasifikasi klinis menurut (Noor & Zairin, 2016)

- a. Fraktur tertutup (*close fracture*), adalah fraktur di mana kulit tidak ditembus oleh fragmen tulang sehingga lokasi fraktur tidak tercemar oleh lingkungan atau tidak mempunyai hubungan dengan dunia luar.
- b. Fraktur terbuka (*open Fracture*), adalah yang mempunyai hubungan dengan dunia luar melalui luka pada kulit dan jaringan lunak, dapat terbentuk dalam (*from within*) atau dari luar (*from without*).

## 8. Komplikasi Fraktur

- a. Kerusakan vaskuler  
Pecahnya arteri karena trauma ditandai dengan nadi tidak teraba, CRT menurun, sianosis bagian distal, hematoma ang lebar, dan ekstremitas teraba dingin yang disebabkan oleh tindakan emergen splinting, perubahan posisi pada bagian yang sakit, tindakan reduk dan pembedahan.
- b. Sindrom Kompartemen  
Sindrom kompartemen merupakan komplikasi serius yang terjadi karena,otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah terjebak dalam jaringan perut, Kondisi ini disebabkan oleh edema atau perdarahan yang menekan otot saraf, dan pembuluh darah. Selain itu, juga

disebabkan oleh adanya tekanan dari luar, misalnya bidai dan pembabatan yang terlalu kuat.

c. Fat Embolism Syndrome

*Fat embolism syndrome* (FES) merupakan komplikasi serius yang sering kali terjadi pada kasus fraktur tulang panjang. FES terjadi karena sel lemak yang dihasilkan sumsum tulang kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah yang ditandai dengan gangguan pernapasan, takikardia, hipertensi, takipnea, dan demam.

b. Infeksi

Sistem pertahanan tubuh akan rusak jika terdapat trauma pada jaringan. Pada trauma ortopedik, infeksi dimulai pada kulit (superfisial) dan pada lapisan kulit bagian dalam. Kondisi ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka. Selain itu, juga dapat disebabkan oleh penggunaan bahan lain dalam pembedahan, misalnya pin dan plat.

c. Nekrosis Avaskular

Avaskular nekrosis (AVN) terjadi karena terganggunya aliran darah ke tulang yang dapat menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya *Volkman's ischemia*.

d. Syok

Syok terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang dapat menyebabkan menurunnya oksigenasi. Ini biasanya terjadi pada fraktur (Asikin, Nasir, podding, & Susaldi, 2016).

## 9. Penatalaksanaan Medis

a. Rekognisi/pengenalan

Riwayat kejadian harus jelas untuk menentukan diagnosis dan tindakan selanjutnya

b. Reduksi/manipulasi/reposisi

Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimum. Selain itu, dapat diartikan sebagai reduksi

fraktur (setting tulang), yaitu mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, traksi, atau reduksi terbuka dapat dilakukan untuk mereduksi fraktur. Metode tertentu yang dipilih bergantung dengan sifat fraktur, namun prinsip yang mendasarinya tetap sama. Biasanya dokter melakukan reduksi fraktur sesegera untuk mencegah jaringan lunak kehilangan elastisitasnya akibat infiltrasi karena edema dan perdarahan

c. Hold reduction

Upaya yang dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti posisi anatomi semula yaitu melakukan imobilisasi fraktur.

d. Rehabilitasi

Menghindari atrofi dan kontraktur dapat dilakukan dengan fisioterapi. Segala upaya diarahkan pada penyembuhan tulang dan jaringan lunak.

#### D. Publikasi Terkait asuhan keperawatan

**Tabel 5**  
**Publikasi Terkait asuhan keperawatan**

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1	Aditya Cahyo B, meri Oktariani	2021	Asuhan keperawatan pada pasien Post Op fraktur dalam memenuhi kebutuhan aman nyaman (nyeri Akutr) di RSUD Karanganyar.	Subjek studi kasus yaitu sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Subjek berusia 21 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SMK, alamat subjek terletak di Karanganyar, Pasien datang ke RSUD Karanganyar pada tanggal 22 Februari 2021. Hasil pengkajian diperoleh data yaitu, data subyektif pasien mengatakan nyeri, P : pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan bekas operasi Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertekan R : pasien mengatakan pada tangan kanan S: pasien mengatakan skala nyeri 6 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak meringis kesakitan menahan nyeri di bagian tangan kanan TD : 100/60 mmHg, N :80x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36

				C. jadi diagnosis keperawatannya Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
2	Faizal Baskara, Mellia Silvy Irdianty	2022	Asuhan keperawatan pada pasien fraktur dalam memenuhi kebutuhan aman nyaman nyeri di RS TK.III Slamet Riyadi Surakarta	Gambaran pengkajian pada pasien fraktur ditemukan keluhan dimana klien merasa nyeri pada klavikula dextra, nyeri berdenyut, nyeri pada tangan kiri, skala nyeri 5, dan nyeri terus menerus, pasien tampak mengeluh kesakitan dan gelisah. Keluhan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
3	Cindy Vernani, Isnaini Rahmawati	2020	Asuhan Keperawatan Pasien Post Orif Fraktur Tibia Dextra Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman	Pengambilan data telah dilakukan di ruang Crisan RST Asmir Salatiga pada tanggal 17-29 Februari 2020. Data yang telah diambil yaitu, 1 pasien dan diagnosa medis Post Operasi Fraktur. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data pasien Tn.M berusia 30 tahun didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan post operasi. P: Nyeri saat digerakkan, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: Nyeri di kaki kanan tibia dextra post operasi, S: Skala nyeri 7, T: Nyeri dirasakan hilang timbul. Data objektif didapatkan adalah tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 90 x/menit, respirasi 23 x/menit, dan suhu 36 C, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan menahan sakitnya. Hasil pemeriksaan fisik pada kaki didapatkan hasil terdapat luka operasi dikaki kanan tibia dextra post fraktur, luka operasi ±sepanjang 15cm dan terdapat 14 jahitan.
4	Lia Harmawati	2018	Asuhan keperawatan pada pasien Post Op fraktur pda femur Dextra dan fraktur patella sinistra dalam memenuhi kebutuhan aman nyaman (nyeri Akut) di RS Bhayangkara provinsi lampung.	Pengkajian pada dua pasien ini dilakukan pada tahun 2018, pasien 1 pada tanggal 5 April 2018 pukul 10.00 wib, dan pasien 2 pada tanggal 7 April 2018. Subjek bernama Tn.Y Berjenis kelamin laki-laki, berusia 30 Tahun, dan Tn.K Berjenis kelamin laki-laki berusia 50 tahun. Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian, keluhan utama pada pasien 1 yaitu nyeri pada kaki kiri bagian luka operasi, skala nyeri 6 nyeri dirasakan bertambah jika bergerak, nyeri seperti tertusuk tusuk pada luka operasi, nyeri dirasakan hilang timbul, Tekanan darah : 140/80 mmHg, nadi