

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP PENYAKIT FRAKTUR

1. Definisi

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Nurarif, 2015). Fraktur Humerus dekstra adalah fraktur pada tulang humerus atau tulang lengan atas sebelah kanan yang disebabkan oleh benturan atau trauma langsung maupun tidak langsung (de Jong, 2010).

Fraktur Humerus adalah diskontinuitas atau hilangnya struktur dari tulang humerus yang terbagi atas Fraktur Kolum Humerus Fraktur ini dapat terjadi pada kolum anatomikum (terletak di bawah kaput humeri). Fraktur Batang Humerus Fraktur ini disebabkan oleh trauma langsung yang mengakibatkan fraktur transversal atau gaya memutar tak langsung yang mengakibatkan fraktur spiral (fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi)

2. Etiologi

a) Kekerasan langsung

menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patah melintang atau miring.

b) Kekerasan tidak langsung

menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat terjadinya kekerasan. Yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran faktor kekerasan.

c) Kekerasan akibat tarikan otot

patah tulang akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan dan penekanan, kombinasi dari ketiganya, dan penarikan

d) Fraktur patologik yaitu fraktur yang terjadi pada tulang disebabkan oleh melelehnya struktur tulang akibat proses patologik. Proses patologik dapat disebabkan oleh kurangnya zat-zat nutrisi seperti vitamin D, kalsium, fosfor, ferum. Factor lain yang menyebabkan proses patologik adalah akibat dari proses penyembuhan yang lambat pada penyembuhan fraktur atau dapat terjadi akibat keganasan (Aimul, 2008, di kutib oleh Jfikriamrullah,2013).

3. Klasifikasi Fraktur

Menurut Chairuddin (2003), Fraktur diklasifikasikan, sebagai berikut:

a) Fraktur traumatik

b) Fraktur patologis terjadi pada tulang adanya kelainan / penyakit yang menyebabkan kelemahan pada tulang (infeksi, tumor, kelainan bawaan) dan dapat terjadi secara spontan atau akibat 12 terjadi trauma jaringan

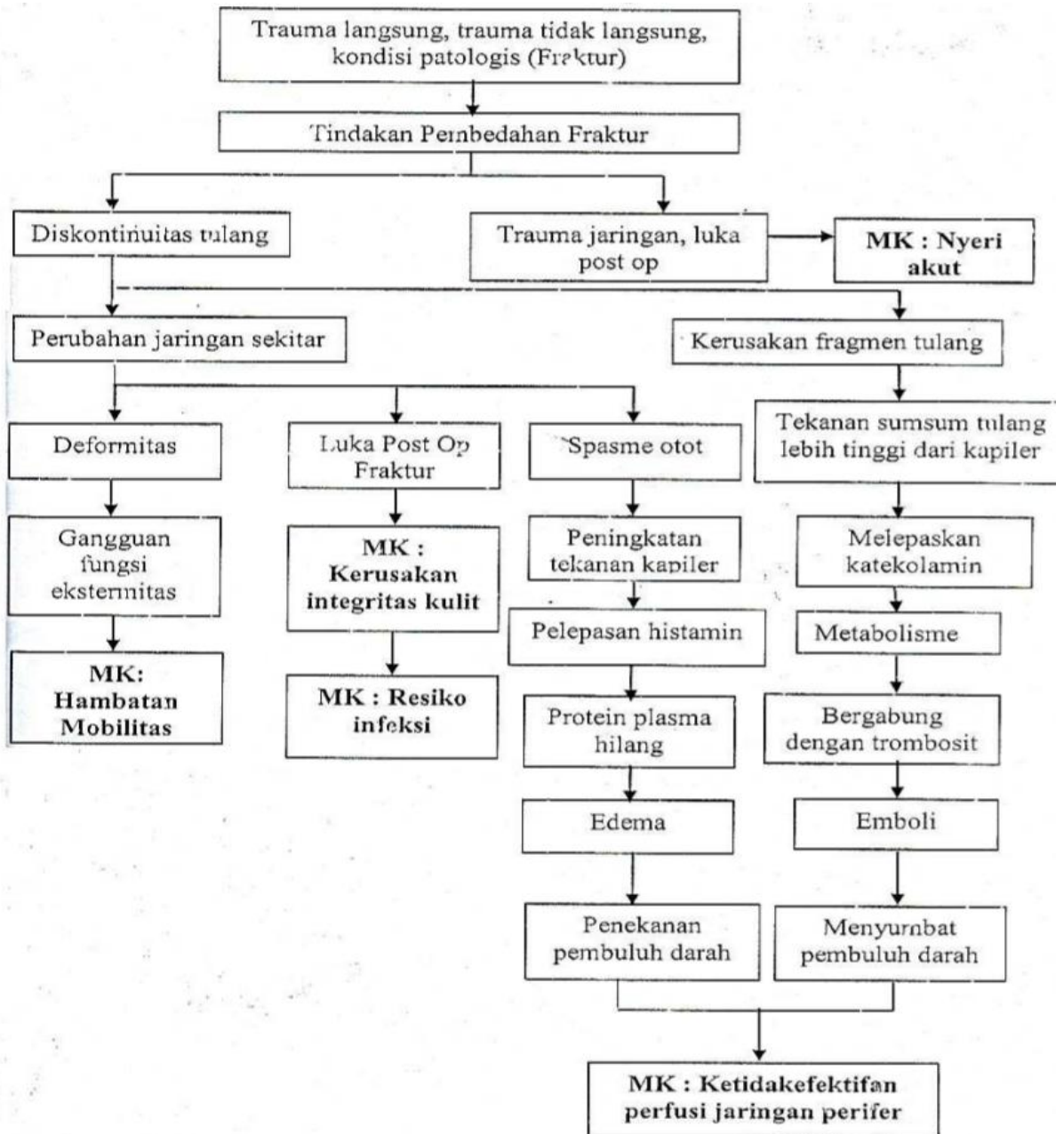
- c) Fraktur stres terjadi karena adanya stres yang kecil yang berulang-ulang pada daerah tulang yang menopang berat badan. Fraktur stres jarang sekali di temukan pada anggota gerak atas

4. Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif (2015) tanda dan gejala dari fraktur, antara lain :

1. Tidak dapat menggunakan anggota gerak.
2. Nyeri pembengkakan.
3. Terdapat trauma (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian atau jatuh di kamar mandi pada orang tua, penganiayaan, tertimpa benda berat, kecelakaan kerja, trauma olahraga)
4. Gangguan fungsional anggota gerak
5. Deformitas.
6. Kelainan gerak.
7. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada daerah fraktur.
8. Krepitasi atau datang dengan gejala-gejala lain.

5.Pathway



Gambar 2.1

6. Komplikasi

Komplikasi awal Berdasarkan Brunner dan Suddarth (2002), beberapa komplikasi awal yang dapat terjadi pada kondisi fraktur, antara lain :

- a) Kerusakan Arteri Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, cyanosis bagian distal, hematoma yang lebar, dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan)
- b) Compartment Syndrome Compartment Syndrome merupakan komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut. Ini disebabkan oleh oedema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah. Selain itu karena tekanan dari luar seperti gips dan embebatan yang terlalu kuat.
- c) Fat Embolism Syndrom (FES) adalah komplikasi serius yang sering terjadi pada kasus fraktur tulang panjang. FES terjadi karena sel lemak yang dihasilkan bone marrow kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah yang ditandai dengan gangguan pernafasan, tachykardi, hipertensi, takipnea, demam.
- d) Infeksi Sistem pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma orthopedic infeksi dimulai pada kulit (superficial) dan masuk ke dalam. Ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin dan plat.

- e) Avaskuler Nekrosis. Nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang
- f) Shock Shock terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Ini biasanya terjadi pada fraktur.

B.Konsep Asuhan Keperawatan

1 Pengkajian

Proses keperawatan dalam mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan klien, baik fisik, mental, social dan lingkungan.

2, Pengumpulan data

- a) Identitas Nama, umur, jenis kelamin, suku, agama, tempat tinggal, pekerjaan, dan pendidikan. Pada umumnya fraktur terjadi pada laki-laki dengan usia 20 ± 40 tahun rentan terjadi fraktur. Pada penderita fraktur, umur menjadi pengaruh dalam proses penyembuhan fraktur, akan semakin lama karena saat usia tua tulang tidak bergenerasi lagi. Pekerjaan juga menjadi pengaruh utama pada fraktur mengingat fraktur paling sering 24 disebabkan karena kecelakaan.
- b) Keluhan Utama Pada umumnya keluhan utama pada kasus post operative fracture adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut terjadi karena pemasangan traksi / tindakan pembedahan.

- c) Riwayat penyakit sekarang Pada klien fraktur / patah tulang nyeri dapat disebabkan karena tindakan pembedahan.

Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien yaitu dengan pengkajian PQRST:

- (1). Provoking Incident : Faktor nyeri yaitu akibat tindakan pembedahan.
- (2). Quality of Pain : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah nyerinya seperti terbakar, berdenyut atau menusuk.
- (3). Region : Apakah nyeri menjalar atau menyebar, dan seberapa jauh penyebarannya, dan samapi dimana rasa sakit terjadi.
- (4). Severity (Scale) of Pain : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, dapat di ukur dengan menggunakan skala nyeri 1- 10 yaitu

Skala nyeri 10 : Nyeri sangat berat

Skala nyeri 7-9 : Tipe nyeri berat

Skala 4-6 : Tipe nyeri sedang

Skala nyeri 1-3: Tipe nyeri ringan

Skala nyeri 0 : Tidak ada nyeri

Berdasarkan intensitas nyeri,antara lain

Skala 1 : Nyeri seperti gatal, tersetrum atau nyut ± nyutan

Skala2 : Nyeri seperti melilit atau terpukul

Skala 3 : Nyeri seperti perih atau mules

Skala 4 : Nyeri seperti kram dan kaku

Skala5 : Nyeri seperti tertekan atau bergerak

Skala 6 : Nyeri seperti terbakar atau ditusuk

Skala 7, 8, 9 : Sangat nyeri tetapi dapat dikontrol oleh klien dengan aktifitas yang bisa dilakukan.

Skala 10 : Sangat dan tidak dapat di kontrol oleh klien (Saduran dari Fundamental of Nursing, Sudiharto).

(5) Time : kapan nyeri itu timbul, dan berapa lama nyeri berlangsung, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

(d) Riwayat penyakit dahulu

Pada klien fraktur / patah tulang dapat disebabkan oleh trauma atau kecelakaan, degeneratif dan patologi. Pernah mengalami kejadian patah tulang atau tidak sebelumnya dan ada atau tidaknya klien mengalami pembedahan perbaikan dan pernah menderita osteoporosis sebelumnya.

5) Riwayat penyakit keluarga Pada keluarga klien ada atau tidak yang menderita osteoporosis Arthritis dan tuberkolosis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular.

(e) Pemeriksaan fisik

Berdasarkan B1 - B6 (1)

a) B1 (Breathing)

Inspeksi : Tidak ada perubahan yang menonjol seperti bentuk dada ada tidaknya sesak nafas, pernafasan cuping hidung, dan pengembangan paru antara kanan dan kiri simetris

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, gerakan vokal fremitus antara kanan dan kiri sama. Perkusi : Bunyi paru resonan Auskultasi : Suara nafas vesikuler tidak ada suara tambahan seperti wheezing atau ronchi

b) B2 (Blood)

Inspeksi : Kulit dan membran mukosa pucat. Palpasi : Tidak ada peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, tidak ada peningkatan JVP, CRT menurun >

Perkusi : Bunyi jantung pekak

Auskultasi : Tekanan darah normal atau hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri), bunyi jantung 1 dan II terdengar lupdup tidak ada suara tambahan seperti mur mur atau gallop

c) B3 (Brain)

Inspeksi : Mengkaji kesadaran dengan nilai GCS, tidak ada kejang, tidak ada kelainan nervus cranialis.

Palpasi : Tidak ada nyeri kepala 28

d) B4 (Bladder)

Inspeksi : Pada miksi klien tidak mengalami gangguan, warna urin jernih, buang air kecil 3-4 x/hari.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih

e) B5 (Bowel)

Inspeksi : Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, keadaan abdomen normal tidak asites.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan atau massa pada abdomen.

Perkusi : Normal suara tympani

Auskultasi : Peristaltik normal

f) B6 (Musculoskeletal)

Inspeksi : Aktivitas dan latihan mengalami perubahan atau gangguan dari post operative closed fracture humerus sinistra sehingga kebutuhan perluh dibantu baik oleh perawat atau keluarga, misalnya kebutuhan sehari-hari, mandi, BAB, BAK dilakukan diatas tempat tidur. Pada area luka beresiko tinggi terhadap infeksi, sehingga tampak diperban atau dibalut. Tidak ada perubahan yang menonjol pada sistem integumen seperti warna kulit, adanya jaringan parut atau lesi, adanya perdarahan, adanya pembengkakan, tekstur kulit kasar dan suhu kulit hangat serta kulit kotor.

Palpasi : Adanya nyeri, kekuatan otot pada area fraktur mengalami perubahan akibat kerusakan rangka neuromuscular, mengalami deformitas pada daerah trauma, ROM menurun yaitu mengkaji dengan skala ROM :

(1) Skala 0 : Paralisis total

(2) Skala 1 : Tidak ada gerakan, teraba atau terlihat adanya kontraksi otot.

(3) Skala 2 : Gerakan otot penuh menentang gravitasi dengan sokongan.

(4) Skala 3 : Gerakan normal menentang gravitasi

(5) Skala 4 : Gerakan normal menentang gravitasi dengan sedikit tahanan.

(6) Skala 5 : Gerakan normal penuh menentang gravitasi dengan tahanan penuh.

g) B7 (Penginderaan)

Inspeksi : Pada mata terdapat gangguan seperti konjungtiva anemis (jika terjadi perdarahan), pergerakan bola mata normal 30 pupil isokor.

h) B8 (Endokrin) Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis.

2. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, post operative closed fracture humerus Dextra (D 0077)
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan suplai darah ke jaringan menurun
3. Kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan luka post operative closed fracture humerus Dektra (D 0129)
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).
- 5.resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, (pemasangan traksi) (Nurarif, 2015)

Uraian diagnosa yang timbul dengan berdasarkan scki

- 1.Nyeri akut (D.0077)

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 3 bulan.

Penyebab :

1. Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Tabel 2.1

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	Tidak ada	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Sulit tidur 5. Frekuensi nadi meningkat
Minor	Tidak tersedia	1.Tekanan darah meningkat 2.Pola nafas berubah 3.nafsu makan

		meningkat 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis
--	--	--

Kondisi klinis terkait : Kondisi pembedahan,cedera traumatis,infeksi,sidrome akut coroner,glaucoma

2.Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan suplai darah ke jaringan menurun

Definisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Penyebab

1. Hiperglikemia
2. Penurunan konsentrasi hemoglobin
3. Peningkatan tekanan darah
4. Kekurangan volume cairan
5. Penurunan aliran arteri dan / atau vena

6. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam , imobilitas)
7. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes melittus, hiperlipidemia)
8. Kurang aktivitas fisik.

tabel 2.2

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	Tidak ada	1. Pengisian kapiler >3 detik. 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba. 3. Akral teraba dingin. 4. Warga kulit pucat. 5. Turgor kulit menurun.
Minor	1. Parastesia. 2. Nyeri ekstremitas	1.Edemka 2.Penyembuhan

	(klaudikasi intermiten).	luka lambat 3. Indeks anke- brachial < 0,90. 4. Bruit femoral.
--	-----------------------------	---

3. Kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan luka post operative closed fracture humerus sinistra

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	Tidak tersedia	Kerusakan jaringan atau lapisan
Minor	Tidak tersedia	Nyeri Perdarahan Hematoma

Kondisi terkait : Immobilisasi, diabetes mellitus, gagal ginjal

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

Penyebab

1. Kerusakan integritas struktur tulang
2. Perubahan metabolisme
3. Kekakuan sendi
4. Gangguan muskuloskeletal
5. Nyeri
6. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
7. Program pembatasan gerak

Tabel 2.3

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	Kekuatan otot menurun
Minor	1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

Kondisi klinis terkait : stroke,cedera medulla spinalis,trauma
 ,fraktur,osteoarthritis,ostemalasia ,keganasan.

5.resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, (pemasangan traksi)
 (D 0142)

Penyebab

1. Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus).
2. Efek prosedur invasi.
3. Malnutrisi.
4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (Gangguan peristaltik
 usus,kerusakan integritas kulit,perubahab sekresi ph)
6. Ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder : Penurunan homolobin,
 Imununosupresi,Leukopenia

Kondisi klinis terkait : Aids,luka bakar,dm,tindakan invasi

Rencana keperawatan berdasarkan scki

Tabel 2.4

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, post operative closed	Setelah di lakukan tindakan keperawatan ...X24 jam di harapkan nyeri akut teratasi.	1.Pertahankan immobilisasi / bedrest karena adanya trauma / patah tulang /

fracture humerus sinistra.	Kriteria Hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri) 2. mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri	pemasangan traksi 2. Observasi tanda-tanda vital. 3.. Lakukan kolaborasi dalam pemberian obat sesuai dengan yang di indikasikan yaitu anal gesik dan pelemas otot. 4. Immobilisasi / bedrest dapat meringankan nyeri dan mencegah displacement tulang / eksistensi jaringan luka. 5. ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam dan tehnik distraksi dengan audio(zikir)
Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplai darah ke jaringan menurun	Setelah di lakukan tindakan keperawatan ...X24 jam di harapkan nyeri akut teratasi. Kriteria Hasil :	1. Kaji secara kompherensi sirkulasi perifer. 2. Evaluasi nadi perifer dan edema.

	1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan. 2. Tidak ortostatik Hipertensi ortostatik. 3. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg). menimbulkan kardiak output menurun.	3. Ubah posisi pasien setiap 2 jam sekali. 4. Dorong latihan ROM sebelum bedrest. 5.. Kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian anti platelet atau anti perdarahan.
Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operative closed fracture humerus sinistra.	Setelah di lakukan tindakan keperawatan ...X24 jam di harapkan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil 1. Integritas kulit yang baik Bisa di pertahankan (sensasi, Elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)	1. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Hindari kerutan pada tempat tidur, ganti seprei setiap hari 3. Jaga kebersihan kulit yang luka agar tetap bersih dan kering 4. Monitor aktivitas dan mobilisasi

	tidak ada luka/lesi pada kulit. 2. Menunjukkan Pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang 3. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan kulit	5. Monitor kulit akan adanya oedema dan kemerahan 6. Anjurkan klien untuk melakukan gerak aktif sedikit demi sedikit 7. Memberikan posisi yang nyaman 8 Menjaga kebersihan kulit untuk menghindari adanya infeksi 9.. Kaji tingkat mobilisasi klien. 10. Menghindari adanya infeksi dan perubahan perfusi jaringan 11. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar 12. Hindari kerutan pada tempat tidur, ganti
--	--	---

		seprei setiap hari 13. Jaga kebersihan kulit yang luka agar tetap bersih dan kering 14. Monitor aktivitas dan mobilisasi 15. Monitor kulit akan adanya oedema dan kemerahan 6i
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).	Setelah di lakukan tindakan keperawatan ...X24 jam di harapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil 1Aktivitas fisik meningkat 2.Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. 3.Memverbalisasikan Perasaan dalam meningkat kekuatan	1. Monitor keterbatasan gerak klien dan cacat respon klien terhadap imobilisasi. 2. Anjurkan klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas dan pertahankan stimulasi lingkungan antara lain TV, Radio dan surat kabar. Bantu untuk mobilisasi. 3.Ajarkan pada klien

	dan kemampuan berpindah	untuk berlatih secara aktif/pasif dari latihan ROM. 4. Monitor tekanan darah dan catat masalah sakit kepala. 5. Konsultasi dengan ahli terapi / spesialis rehabilitasi dapat menciptakan program aktivitas dan latihan individu.
Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, (pemasangan traksi)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan ...X24 jam di harapkan resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil 1.Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2.Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang	1. Kaji keadaan luka (kontinuitas dari kulit) terhadap adanya: edema, rubor, kalor, dolor, fungsi laesa. 2. Anjurkan klien untuk tidak memegang bagian yang luka. 3.Merawat luka dengan menggunakan teknik aseptik.

	mempengaruhi serta penatalaksanaan. 3. Menunjukkan kemampuan untuk mengatasi timbulnya infeksi. 4. Jumlah leukosit dalam batas normal. 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat.	4. Mewaspadaai adanya keluhan nyeri mendadak, keterbatasan gerak, edema lokal, eritema pada daerah luka. 5. Meminimalkan terjadinya kontaminasi. 6. Kolaborasi: Pemeriksaan darah : Leukosit Pemberian obat-obatan antibiotika dan TT (Toksoid Tetanus). Persiapan untuk operasi sesuai indikasi. i. (Doenges, 2009),
--	---	---

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

4. Implementasi

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana

perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Wilkinson, 2012).

- a) Komponen tahap implementasi antara lain:
- b) Tindakan keperawatan mandiri.
- c) Tindakan keperawatan edukatif
- d) Tindakan keperawatan kolaboratif.
- e) Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Setiadi (2012) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

- a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil

tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P(perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang.

B. Inovasi Teknik nafas dalam Kombinasi zikir

1. Potter & Perry (2015) menjelaskan penatalaksanaan nyeri dengan cara nonfarmakologis adalah sebagai berikut :
 - a) Relaksasi dan Imajinasi terpinpin

Relaksasi merupakan perasaan bebas secara mental dan fisik dari ketegangan atau stress yang membuat individu memiliki rasa control atas dirinya. Perawat dapat menggunakan teknik relaksasi pada fase apa saja ketika sehat atau sakit. teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenisasi darah. Perubahan fisiologis dan perilaku berhubungan dengan relaksasi mencakup: menurunnya denyut jantung, tekanan darah dan pernafasan; meningkatnya kesadaran secara global; menurunnya kebutuhan oksigen; perasaan damai; serta menurunnya ketegangan otot dan metabolisme.

b) Dzikir

Dzikir mengobati nyeri akut atau kronis, kecemasan dan depresi. Dzikir mengalihkan perhatian seseorang terhadap nyeri dan membangun respon relaksasi. Perawat dapat menggunakan dzikir secara kreatif dalam berbagai situasi klinis. Klien dapat melakukan dzikir atau mendengarkan Dzikir.

c) Stimulasi kutaneus.

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor nyeri dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot. Herbal

Meski herbai belum begitu dipelajari untuk direkomendasikan sebagai salah satu cara dalam mengurangi nyeri, tetapi banyak klien yang mengobati diri mereka sendiri menggunakan herbal, seperti echinachea, ginseng, ginko biloba dan suplemen bawang putih. Herbal dapat berinteraksi dengan analgesic yang telah diresepkan oleh dokter.

d) Mengurangi persepsi nyeri

Satu cara sederhana untuk memberikan kenyamanan adalah dengan memindahkan atau mencegah stimulus nyeri. Hal ini sangat penting terutama pada pasien yang termobilisasi atau memiliki kesulitan dalam mengekspresikan diri mereka.

2. Tehnik nafas dalam

Relaksasi nafas adalah pernapasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata. Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot, yang menghentikan siklus nyeri-ansietas-ketegangan otot.

Tujuan teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasis paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

Melakukan relaksasi dapat memberikan keuntungan

- 1) Dapat mengurangi rasa sakit tanpa menggunakan obat-obatan
- 2) Mencegah terjadinya komplikasi seperti nyeri sampai dengan menurunnya oksigen

Prosedur teknik relaksasi nafas dalam

- 1) Duduk dengan tenang dalam posisi nyaman
- 2) Tutup mata
- 3) Ciptakan rasa relaks pada semua otot-otot anda
- 4) Kosongkan pikiran anda
- 5) Atur pernafasan dengan cara bernafas dengan hidung dan mengeluarkannya dengan mulut, lalu hitunglah dengan mulut, lakukan secara berulang-ulang.
- 6) Saat menarik dan melepaskan nafas lewat mulut rasakan perubahan dan sensasi pada dada dan anggota tubuh yang lain.
- 7) Lakukan secara berulang-ulang selama 10 menit.

3. Teknik relaksasi nafas dengan kombinasi tehnik distraksi dzikir

Teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenisasi darah. Perubahan fisiologis dan perilaku berhubungan dengan relaksasi mencakup: menurunnya denyut jantung, tekanan darah dan pernafasan; meningkatnya kesadaran secara global; menurunnya kebutuhan oksigen; perasaan damai; serta menurunnya ketegangan otot dan metabolisme.

Teknik distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Dasar teori distraksi adalah teori gate control (Cummings, 2006).

Teknik distraksi merupakan usaha untuk menurunkan nyeri dengan upaya melepaskan endorpin, pada saat Individu melakukan distraksi dzikir dan stimulus nyeri mencapai otak maka pusat korteks di otak akan memodifikasi nyeri kemudian alur syaraf desenden menghantarkan persepsi nyeri akan melepaskan opiate endogen (endorphine)

1. Menyiapkan lingkungan yang tenang serta mendukung untuk melakukan teknik distraksi napas dalam
2. Menjelaskan teknik dasar yang akan dilakukan agar pasien mudah mengerti
3. Menjelaskan lama waktu yang akan dilakukan selama 15-30 menit
4. Meminta pasien untuk memejamkan mata perlahan
5. Meminta pasien untuk menarik napas dan menghembuskan napas dengan panjang selama hitungan lima detik .
6. Memfokuskan pikiran pasien pada hal-hal yang positif dengan pengalihan dzikir mengingat Tuhan yang Maha Esa Bahwa penyakit dan penyembuhan berasal dari Allah SWT
7. Memindahkan fokus pikiran pasien pada bagian tubuh yang nyeri, meminta pasien untuk rileks bagian tubuh tersebut
8. Meminta pasien rileks dengan masuknya udara lewat jalan napas

9. Membawa alam pikiran pasien menuju tempat yang tenang
 10. Evaluasi nyeri pada pasien
- (Sop tehnik distraksi terlampir)

C. Konsep penyakit menurut agama islam

(Muadz,dkk,2016) Kesehatan dalam Islam merupakan suatu hal yang penting. Ajaran tentang kesehatan di dalam Islam diwakili dengan syariat Islam yang mewajibkan untuk menjaga kebersihan diri dari kotoran. Peristilahan kesehatan banyak ditemukan di dalam dua sumber ajaran Islam, yaitu Al-Qur'an dan sunnah. Kesehatan dalam Islam dijadikan sebagai modal utama dalam melaksanakan ibadah dan pekerjaan yang berkaitan dengan kehidupan manusia. Konsep sehat dan sakit bagi kebanyakan orang masih membingungkan dan kurang jelas. Sakit dan penyakit merupakan suatu peristiwa yang selalu menyertai hidup manusia sejak jaman Nabi Adam. Kita memahami apapun yang menimpa manusia adalah takdir, sakit pun merupakan takdir yang dialami manusia. Meskipun sehat dan sakit merupakan takdir tetapi menjaga kesehatan dan mencegah agar supaya kita tidak sakit ataupun mencari pengobatan ketika jatuh sakit harus dilakukan dan Alquran memberikan petunjuk mengenai hal ini

Meskipun kata *sehat wal afiat* yang merupakan Indonesiasi dari bahasa Arab *ash-shihah* dan *al' afiah* tetapi tidak ada satu kata pun di dalam Alquran menyebutkan kata *ash-shihhah* dan *al'afiah*, tetapi Alquran menyebutkan perkataan *syifa'* yang berarti kesembuhan (dari sakit), dan pengobatan (menuju kesembuhan dari keadaan sakit). Kata *syifa'* disebut dalam Alquran dimana

disebutkan bahwa di samping sebagai petunjuk Alquran juga dinyatakan sebagai obat yang menyembuhkan Firman Allah di dalam Qs. Al Israa' (17): 82:

Terdapat beberapa hal pokok yang menjadi perhatian mengenai kesehatan dalam Islam. Hal pokok ini meliputi kesehatan lingkungan, kesehatan individu, penyakit menular, penyakit hewan menular, dan kesehatan makanan. Dalam perspektif Islam, setiap penyakit merupakan cobaan yang diberikan oleh Sang Pencipta Allah SWT kepada hamba-Nya untuk menguji keimanannya. Sabda Rasulullah SAW yang artinya "Dan sesungguhnya bila Allah SWT mencintai suatu kaum, dicobanya dengan berbagai cobaan. "Tidaklah seorang muslim tertimpa suatu penyakit dan sejenisnya, melainkan Allah akan menggugurkan bersamanya dosa- dosanya seperti pohon yang menggugurkan daun- daunnya". (HR.Bukhari no 5660 dan muslim no 2571). Sehat dan sakit merupakan karunia Allah tak ada kekuatan yang bisa menghalanginya.

Di sinilah Islam menunjukkan keistimewaannya, Al-Qur'an dan zikir menjadi solusi dalam permasalahan ini. Al-Qur'an merupakan terapi yang efektif untuk seseorang dengan gangguan fisik dan mental. Al-Qur'an memiliki frekuensi dan panjang gelombang spesifik yang menstimulasi sel otak untuk mengembalikan keseimbangan, harmonisasi, dan koordinasi (Nasiri, Shahdadi, Mansouri, & Bandani, 2017). Suara lantunan Al-Qur'an memiliki frekuensi sekitar 0,5-3,0Hz, yang berarti frekuensi tersebut memiliki pengaruh terhadap gelombang delta. Suara lantunan Al-Qur'an meningkatkan gelombang delta lebih dari 50%. Gelombang delta adalah gelombang yang erat kaitannya dengan proses relaksasi pada tubuh. Semakin tinggi gelombang delta dalam otak, semakin tinggi pula

tingkat relaksasi seseorang. Mendengarkan Al-Qur'an menstimulasi penurunan aktivitas sistem simpatik yang memberikan efek relaksasi (Qolizadeh, Tayebi, & Rashvand, 2019). Al-Qur'an dapat berfungsi sebagai obat hati, saat membaca dan mendengarkan ayat-ayat Al-Qur'an dapat menurunkan stress dengan meningkatkan gelombang otak dan meningkatkan kerja *neotransmitter*.