

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. LANDASAN TEORI

1. Teknik Relaksasi Genggam Jari

Menurut Tamsuri (2007) dalam Zees (2012), relaksasi adalah tindakan relaksasi otot rangka yang dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merileksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri.

Menurut Liana (2008) dalam Pinandita (2011), teknik relaksasi genggam jari (*finger hold*) merupakan teknik relaksasi dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh.

Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf *afere non-nosiseptor*. Serabut saraf *non-nosiseptor* mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada *kortek serebri* dihambat atau dikurangi akibat *counter* stimulasi relaksasi dan mengenggam jari. Sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak (Pinandita, 2012).

Relaksasi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Adanya stimulasi pada luka bedah menyebabkan keluarnya mediator nyeri yang akan menstimulasi transmisi impuls disepanjang serabut aferen nosiseptor ke substansi gelatinosa (pintu gerbang) di medula spinalis untuk selanjutnya melewati thalamus kemudian disampaikan ke kortek serebri dan di interpretasikan sebagai nyeri (Pinandita, 2012).

Penelitian Sofiyah (2014) mengenai pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap perubahan skala nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea*, menunjukkan hasil nilai *p value* 0.000, ada perbedaan yang signifikan skala nyeri sesudah diberikan teknik relaksasi genggam jari antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Menurut Wong (2011), prosedur penatalaksanaan teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit dengan tahapan antara lain:

- a. Duduk atau baring dengan tenang.
- b. Genggam ibu jari tangan dengan telapak tangan sebelahnya apabila merasa khawatir yang berlebihan, genggam jari

telunjuk dengan telapak tangan sebelahnya apabila merasa takut yang berlebihan, dan genggam jari kelingking dengan telapak tangan sebelahnya apabila merasa stress berlebihan.

- c. Tutup mata, fokus, dan tarik nafas perlahan dari hidung, hembuskan perlahan dengan mulut. Lakukan berkali-kali.
- d. Katakan, “semakin rileks, semakin rileks, semakin rileks, semakin rileks”, dan seterusnya sampai benar-benar rileks.
- e. Apabila sudah dalam keadaan rileks, lakukan hipnopuntur yang diinginkan seperti, “ saya ingin sakit saya segera hilang”. Gunakan perintah sebaliknya untuk menormalkan pikiran bawah sadar. Contohnya, “ saya akan terbangun dalam keadaan lebih baik “, “ mata saya perintah untuk normal kembali dan dapat dengan mudah untuk dibuka “.
- f. Lepas genggaman jari dan usahakan rileks.

2. Konsep Kompres Dingin

Kompres dingin adalah memberi rasa dingin pada daerah setempat dengan menggunakan kain yang dicelupkan pada air dingin atau air es sehingga memberi efek rasa dingin pada daerah tersebut. Tujuan memberikan kompres dingin adalah menghilangkan rasa nyeri akibat oedema atau trauma,

mempersempit pembuluh darah, mengurangi arus darah lokal, dan menurunkan respon inflamasi jaringan (Istichomah, 2007).

Kompres dingin bekerja dengan menstimulasi permukaan kulit untuk mengontrol nyeri. Terapi dingin yang diberikan akan mempengaruhi impuls yang dibawa oleh serabut taktil A-Beta untuk lebih mendominasi sehingga “gerbang” akan menutup dan impuls nyeri akan terhalangi. Nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang untuk sementara waktu (Prasetyo, 2010). Secara fisiologis setelah pemberian aplikasi dingin terjadi vasokonstriksi arteriola dan venula secara lokal. Vasokonstriksi ini disebabkan oleh aksi reflek dari otot polos yang timbul akibat stimulasi sistem saraf otonom dan pelepasan epinephrine dan norepinephrin sehingga menurunkan rangsang nyeri (Novita, 2010).

Terapi dingin digunakan sebagai modalitas terapi yang dapat menyerap suhu jaringan sehingga terjadi penurunan suhu jaringan melewati mekanisme konduksi (Bleakley et al., 2008). Jenis terapi es basah lebih efektif menurunkan suhu dibandingkan es dalam kemasan mengingat pada kondisi ini lebih banyak kalori tubuh yang dipergunakan untuk mencairkan

es. Jaringan otot dengan kandungan air tinggi merupakan konduktor yang baik sedangkan jaringan lemak merupakan isolator suhu sehingga menghambat penetrasi dingin (Ernst et al., 2008).

Kompres dingin dapat dilakukan di dekat lokasi nyeri atau di sisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri, hal ini memakan waktu 5 sampai 10 menit. Pengompresan di dekat lokasi aktual nyeri cenderung memberi hasil yang terbaik. Seorang klien yang mengalami sensasi dingin akan merasakan nyeri seperti terbakar, dan sakit serta baal. Apabila klien merasakan baal, maka es harus diangkat (Potter & Perry, 2010).

Penggunaan kompres dingin diindikasikan oleh Tamsuri (2007) untuk: fraktur, gigitan serangga, perdarahan, spasme otot, arthritis rheumatoid, pruritus, dan sakit kepala. Penggunaan kompres dingin dikontraindikasikan pada: penyakit reinaud, alergi dingin.

Untuk memberikan efek terapeutik yang diharapkan (mengurangi nyeri), sebaiknya suhu tidak terlalu dingin ($\pm 12^{\circ}\text{C}$), karena suhu yang terlalu dingin selain memberikan rasa

yang tidak nyaman juga dapat menyebabkan froshbite / membeku (Tamsuri, 2007).

Jenis-jenis kompres dingin yang banyak digunakan menurut Saputri (2015) antara lain 1) Kompres dingin basah dengan larutan obat anti septik, 2) Kompres dingin basah dengan air biasa/air es menggunakan handuk atau waslap, 3) Kompres dingin kering dengan kirbat es (eskap), 4) Kompres dingin berbasis gel, 5) *Ice packs* : merupakan kemasan yang dapat menyimpan es dan membuat es tersebut dapat terjaga dalam waktu relative lama diluar freezer daripada kemasan plastic, 6) *Cold bath/water immersion*: terapi mandi di dalam air dingin dalam jangka waktu maksimal 20 menit.

Prosedur pemberian kompres dingin adalah sebagai berikut (Kusyati, 2007): menyiapkan peralatan antara lain baki, baskom berisi air dingin, perlak, washlap 2 buah; setelah peralatan siap memberikan penjelasan kepada klien mengenai prasarat yang akan dilakukan, pasang sampiran dan mendekatkan alat-alat kepada klien. Sebelum tindakan cuci tangan dahulu, pasang perlak di bawah bagian yang akan dikompres, masukkan waslap kedalam air dingin dan peras sampai lembab, ganti

waslap setiap kali washlap kering, kompres dilakukan selama 10 menit. Merapikan klien bila prasat sudah selesai, alat-alat dirapikan dan mencuci tangan.

3. Nyeri

a. Pengertian

Secara umum nyeri adalah suatu rasa yang tidak nyaman, baik secara ringan maupun berat karena terjadinya kerusakan jaringan (*International Association for the Study of Pain*, 2011). Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007).

b. Efek

Menurut Smeltzer dan Bare (2008) efek membahayakan dari nyeri dibedakan berdasarkan klasifikasi nyeri, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut mempunyai efek yang membahayakn di luar ketidaknyamanan yang disebabkan, selain merasa ketidaknyamanan dan mengganggu, nyeri akut yang tidak reda dapat mempengaruhi sistem pulmonari, kardiovaskular, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik. Pasien dengan

nyeri hebat dan stress yang berkaitan dengan nyeri tidak mampu untuk nafas dalam dan mengalami peningkatan nyeri dan mobilitas menurun. Nyeri kronis mempunyai efek yang membahayakan seperti penurunan fungsi imun yang berkaitan dengan nyeri kronis. Nyeri kronis juga sering mengakibatkan depresi dan ketidakmampuan.

c. Respon

Usia mempengaruhi respon seseorang terhadap nyeri, anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi, lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus dijalani dan mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri diperiksakan (Potter & Perry, 2010).

Kultur mempengaruhi seseorang berespon terhadap nyeri, Orang belajar dari budaya bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri, contoh suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang

harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, mereka tidak mengeluh jika ada nyeri (Potter & Perry, 2010).

Makna nyeri mempengaruhi seseorang berespon terhadap nyeri, makna nyeri berhubungan dengan bagaimana pengalaman seseorang terhadap nyeri dan bagaimana mengatasinya. Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Gill (1990) *cit* Mulyadi (2011) menyebutkan bahwa perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Teknik relaksasi, *guided imagery* merupakan tehnik untuk mengatasi nyeri. Ansietas, cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas. Pengalaman masa lalu juga mempengaruhi seseorang berespons terhadap nyeri, Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri dimasa lampau, saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya (Potter & Perry, 2010).

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Nyeri merupakan pengalaman yang subyektif, sehingga setiap orang dapat merasakan sensasi yang berbeda. Menurut Potter dan Perry (2010), nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- 1) Arti nyeri, arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan dan pengalaman.
- 2) Toleransi nyeri, toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat dan sebagainya. Sedangkan faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan,

cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit dan lain-lain.

- 3) Reaksi terhadap nyeri, reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masalah, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.
- 4) Etika dan nilai budaya, latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.
- 5) Tahap perkembangan, usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri.

Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Di sisi lain, preferensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis yang mereka derita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, tetapi efek analgesic yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

- 6) Lingkungan dan individu pendukung yaitu lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sedang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

- 7) Pengalaman nyeri sebelumnya, pengalaman masa lalu juga berpengaruh pada persepsi individu dan kepekaanya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung terasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap penanganan nyeri saat ini.
- 8) Ansietas dan stres, ansietas sering kali menyertai peristiwa yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas alasanya dan ketidak mampuan mengontrol nyeri atau peristiwa disekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.
- 9) Usia, Usia mempengaruhi respon seseorang terhadap nyeri, anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga

perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi, lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus dijalani dan mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri diperiksakan

10) Faktor spiritual, spiritual membuat seseorang mencari tahu makna atau arti dari nyeri yang dirasakannya, seperti mengapa nyeri ini terjadi pada dirinya, apa yang telah dia lakukan selama ini, dan lain-lain.

e. Fisiologi nyeri

Stimulus yang mengenai tubuh (mekanik, termal, kimia) akan menyebabkan pelepasan substansi kimia seperti histamin, bradikinin, kalium. Substansi tersebut menyebabkan nosiseptor bereaksi, apabila nosiseptor mencapai ambang nyeri, maka akan timbul impuls saraf yang akan dibawa oleh serabut saraf perifer. Serabut saraf perifer yang akan membawa impuls saraf ada dua jenis, yaitu serabut A - delta dan serabut C. Impuls saraf akan di

bawa sepanjang serabut saraf sampai ke kornu dorsalis medula spinalis. Impuls saraf tersebut akan menyebabkan kornu dorsalis melepaskan neurotransmitter (substansi P). Substansi P ini menyebabkan transmisi sinapsis dari saraf perifer ke saraf traktus spinotalamus. Hal ini memungkinkan impuls saraf ditransmisikan lebih jauh ke dalam sistem saraf pusat. Setelah impuls saraf sampai di otak, otak mengolah impuls saraf kemudian akan timbul persepsi dari nyeri juga respon reflek protektif terhadap nyeri (Potter & Perry, 2010).

f. Penatalaksanaan

Nyeri post operasi akan terus dirasakan sampai pemberian obat analgesik berikutnya, pada waktu inilah diperlukan terapi komplementer. Selama dan setelah operasi akan mengakibatkan sensitisasi susunan saraf sensorik menjadi meningkat (Tanra, 2007). Perubahan ini dirasakan pasien sebagai stimulus *noksius* yang normal menjadi sangat nyeri. Pada periode ini pengelolaan nyeri paska bedah sudah menggunakan obat, tetapi masih belum optimal (Black & Hawks, 2011; Lewis et al., 2011).

Adapun bentuk nyeri yang dialami oleh klien pasca operasi adalah nyeri akut yang terjadi karena luka insisi bekas pembedahan (Perry & Potter, 2010). Tujuan dari manajemen nyeri pasca operasi adalah untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit dan ketidaknyamanan pasien dengan efek samping seminimal mungkin.

Ada dua pendekatan yang digunakan dalam manajemen nyeri yaitu pendekatan farmakologi dan non farmakologi. Pengkombinasian antara teknik non farmakologi dan teknik farmakologi adalah cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri (Smeltzer & Bare, 2010). Terapi Non farmakologi membantu pengobatan farmakologi standar manajemen nyeri. Obat medis yang digunakan untuk mengobati somatik (fisiologis & emosional). Penggunaan terapi nonfarmakologi yang menjadi pilihan menurut Perry dan Potter (2006) adalah yang pendekatannya noninvasif, resikonya rendah, tidak mengeluarkan biaya yang banyak, mudah dilakukan, berada pada lingkup keperawatan.

g. Pengukuran skala nyeri

Pengukuran persepsi nyeri dapat menggunakan *Visual Analog Scale* (VAS) yang merupakan suatu garis lurus dengan modifikasi skala 0-10 yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus untuk dapat mendeskripsikan verbal yang dirasakan (Wong, Chan & Chair, 2009). VAS digunakan pada pasien dengan kesadaran *compos mentis* dan usia lebih dari 7 tahun. Skala yang pertama sekali dikemukakan oleh Keele pada tahun 1948 yang merupakan skala dengan garis lurus 10 cm, dimana awal garis (0) penanda tidak ada nyeri dan akhir garis (10) menandakan nyeri hebat. Penggunaan skala VAS lebih gampang, efisien dan lebih mudah dipahami oleh penderita dibandingkan dengan skala lainnya. Penggunaan VAS telah direkomendasikan oleh Coll (2007) karena selain telah digunakan secara luas, VAS juga secara metodologis kualitasnya lebih baik, dimana juga penggunaannya realtif mudah, hanya dengan menggunakan beberapa kata sehingga kosa kata tidak menjadi permasalahan. Williamson (2007) juga melakukan kajian pustaka atas tiga skala ukur nyeri dan

menarik kesimpulan bahwa VAS secara statistik paling kuat rasionalnya karena dapat menyajikan data dalam bentuk rasio.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Motahedian, (2012) menggolongkan skala VAS untuk alat ukur penelitian sebagai berikut : 0 - 1 = Kurangnya rasa sakit, 2 - 3 = Nyeri ringan, 4 - 5 = Nyeri sedang, 6 - 7 = Nyeri berat, 8 - 10 = nyeri tak tertahankan.

4. Fraktur

a. Pengertian

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang yang dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak dan bahkan kontakksi otot ekstrem (Brunner & Suddart, 2008).

b. Jenis

Jenis fraktur menurut Smeltzer dan Bare (2008) adalah sebagai berikut :

- 1) Fraktur komplet adalah patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran (bergeser dari posisi normal).

- 2) Fraktur tidak komplisit patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang.
- 3) Fraktur tertutup (fraktur simpel) tidak menyebabkan robeknya kulit.
- 4) Fraktur terbuka (fraktur komplikata/kompleks) merupakan fraktur dengan luka pada kulit atau membran mukosa sampai ke patahan tulang. Fraktur terbuka dibagi menjadi : Grade I dengan luka bersih kurang dari 1 cm panjangnya; grade II luka lebih luas tanpa merusak jaringan yang ekstensif dan grade III yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan yang ekstensif.
- 5) Fraktur bergeser/tidak bergeser adalah fraktur yang sesuai dengan pergeseran anatomis fragmen tulang.
- 6) Fraktur khusus yang terdiri dari: a) *greenstick* adalah fraktur dimana salah satu sisi tulang patah sedang sisi lainnya membengkok, b) transversal adalah fraktur sepanjang garis tengah tulang, c) oblik adalah fraktur yang membentuk sudut dengan garis tengah tulang (lebih tidak stabil dibanding transversal), d) spiral adalah

fraktur memuntir seputar batang tulang, e) kominutif adalah fraktur dengan tulang pecah beberapa segmen, f) depresi adalah fraktur dengan fragmen patahan terdorong ke dalam (sering pada tulang tengkorak dan tulang wajah), g) kompresi adalah fraktur dimana tulang mengalami kompresi (terjadi pada tulang belakang), h) patologik adalah fraktur yang terjadi pada tulang berpenyakit, i) avulsi adalah tertariknya fragmen tulang oleh ligamen atau tendon pada perlekatannya, j) epifiseal adalah fraktur melalui epifisis dan impaksi adalah fraktur dimana fragmen tulang terdorong ke fragmen tulang lainnya.

c. Patofisiologi

Patofisiologi fraktur tulang yang patah menyebabkan terjadinya perdarahan yang terjadi disekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut, jaringan lunak juga mengalami kerusakan. Reaksi perdarahan timbul setelah fraktur, sel darah putih dan sel mast berakumulasi menyebabkan peningkatan aliran darah ditempat tersebut aktivitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru

yang disebut callus. Bekuan fibrin direabsorbsikan sel tulang baru mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut syaraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstremitas dan mengakibatkan kerusakan syaraf perifer. Pembengkakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusi darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut syaraf maupun jaringan otot. Komplikasi ini dinamakan sindrom *compartment* (Brunner dan Suddarth, 2008).

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan umum fraktur meliputi menghilangkan nyeri, menghasilkan dan mempertahankan posisi yang ideal dari fraktur agar terjadi penyatuan tulang kembali dan mengembalikan fungsi seperti semula. Untuk mengurangi nyeri tersebut dapat dilakukan immobilisasi (tidak menggerakkan daerah fraktur) dan dapat diberikan obat penghilang nyeri (Sjamsuhidajat, 2011; Smeltzer & Bare, 2008).

Penatalaksanaan fraktur meliputi penatalaksanaan konservatif dan pembedahan. Penatalaksanaan konservatif meliputi proteksi tanpa reposisi dan imobilisasi, imobilisasi dengan fiksasi, reposisi dengan cara manipulasi diikuti dengan imobilisasi, reposisi dengan traksi, reposisi diikuti dengan imobilisasi dengan fiksasi luar. Penatalaksanaan pembedahan meliputi reduksi tertutup dengan fiksasi eksternal atau fiksasi perkutan dengan *K-Wire* (kawat *kirschner*), misalnya pada fraktur jari, reduksi terbuka dengan fiksasi internal (ORIF : *Open Reduction Internal Fixation*) dan reduksi terbuka dengan fiksasi eksternal (OREF : *Open Reduction External Fixation*) (Helmi, 2011; Sjamsuhidayat, 2011).

5. Teori Kenyamanan Katherine Kolcaba

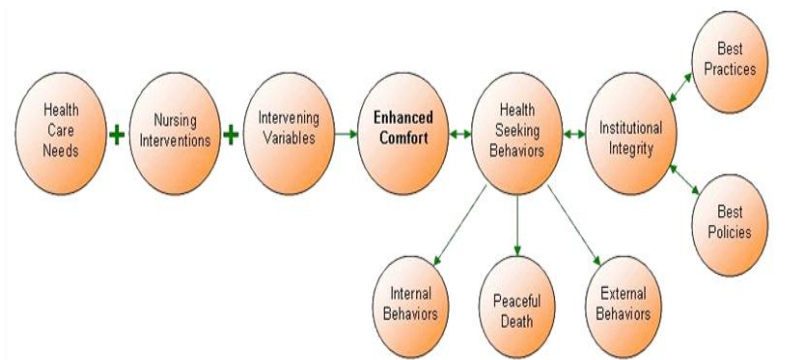
Teori kenyamanan dari Kolcaba menekankan pada beberapa konsep utama beserta definisinya, antara lain: 1) *Health Care Needs* adalah kebutuhan pelayanan kesehatan untuk pemenuhan kenyamanan pasien. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan, 2) *Comfort* diartikan sebagai suatu pengalaman langsung yang

menjadi sebuah kekuatan melalui kebutuhan akan *relief, ease,* dan *transcendence* yang dapat terpenuhi dalam empat konteks pengalaman yang meliputi aspek fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan, 3) *Comfort Measures* diartikan suatu intervensi keperawatan yang didesain untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan yang spesifik dibutuhkan oleh penerima jasa, seperti fisiologis, sosial, financial, psikologis, spiritual, lingkungan, dan intervensi fisik, 4) *Enhanced Comfort* sebuah outcome yang langsung diharapkan pada pelayanan keperawatan, mengacu pada teori kenyamanan ini, 5) *Intervening variables* didefinisikan sebagai keadaan yang mempengaruhi persepsi penerima dari kenyamanan secara keseluruhan, 6) *Health Seeking Behavior* merupakan sebuah kategori yang luas dari *outcome* berikutnya yang berhubungan dengan pencarian kesehatan yang didefinisikan oleh penerima saat konsultasi dengan perawat, 7) *Institutional integrity* didefinisikan sebagai nilai-nilai, stabilitas financial, dan keseluruhan dari organisasi pelayanan kesehatan pada area lokal, regional dan nasional (Kolcaba, 2010; Tomey & Alligood, 2007; Sitzman, 2011).

Keperawatan adalah penilaian kebutuhan akan kenyamanan, perancangan kenyamanan digunakan untuk mengukur suatu kebutuhan, dan penilaian kembali digunakan untuk mengukur kenyamanan setelah dilakukan implementasi. Pengkajian dan evaluasi dapat dinilai secara subjektif, misalnya observasi *terhadap* penyembuhan luka, perubahan nilai laboratorium, atau perubahan perilaku. Penilaian juga dapat dilakukan melalui rangkaian penilaian skala VAS (Tomey, & Alligood, 2007; Kolcaba, 2010).

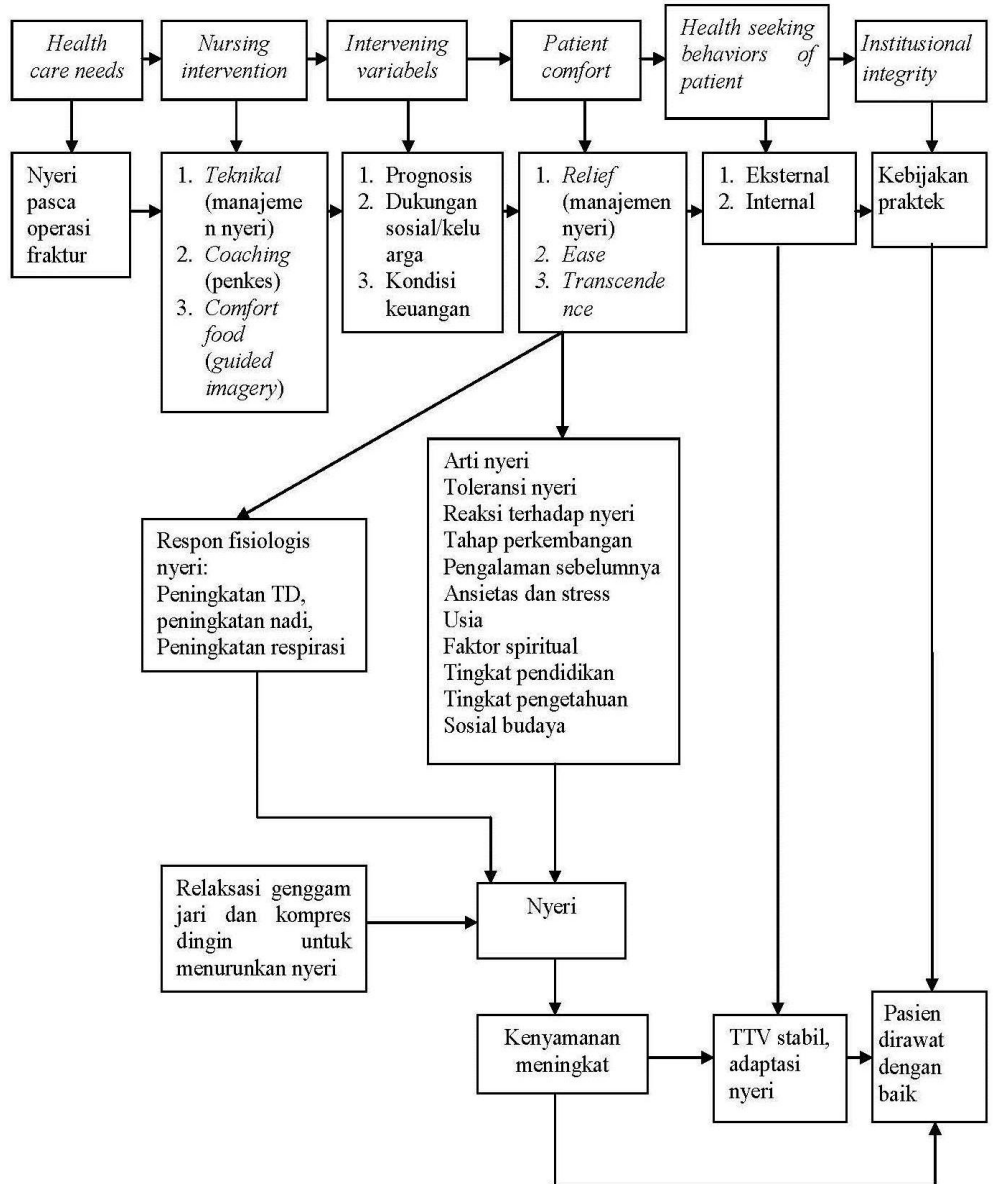
Teori Kolcaba menyatakan bahwa perawatan untuk kenyamanan memerlukan sekurangnya tiga tipe intervensi *comfort* yaitu *intervensi teknikal* merupakan intervensi yang dibuat untuk mempertahankan *homeostasis* dan mengontrol nyeri yang ada, seperti memantau tanda-tanda vital, hasil kimia darah, juga termasuk manajemen nyeri. *Coaching* meliputi intervensi yang didesain untuk menurunkan kecemasan, memberikan informasi, harapan, mendengarkan dan membantu perencanaan pemulihan dan integrasi secara realistis atau dalam menghadapi kematian dengan cara yang sesuai dengan budayanya. *Comfort food* untuk jiwa, meliputi intervensi yang

menjadikan penguatan dalam sesuatu hal yang tidak dapat dirasakan. Terapi untuk kenyamanan psikologis meliputi pemijatan, adaptasi lingkungan yang meningkatkan kedamaian dan ketenangan, *guided imagery*, terapi musik, mengenang, dan lain-lain (Kolcaba, 2010; Tomey, & Alligood, 2007).



Gambar 2.1. Kerangka konsep kenyamanan
Sumber: Kolcaba (2010)

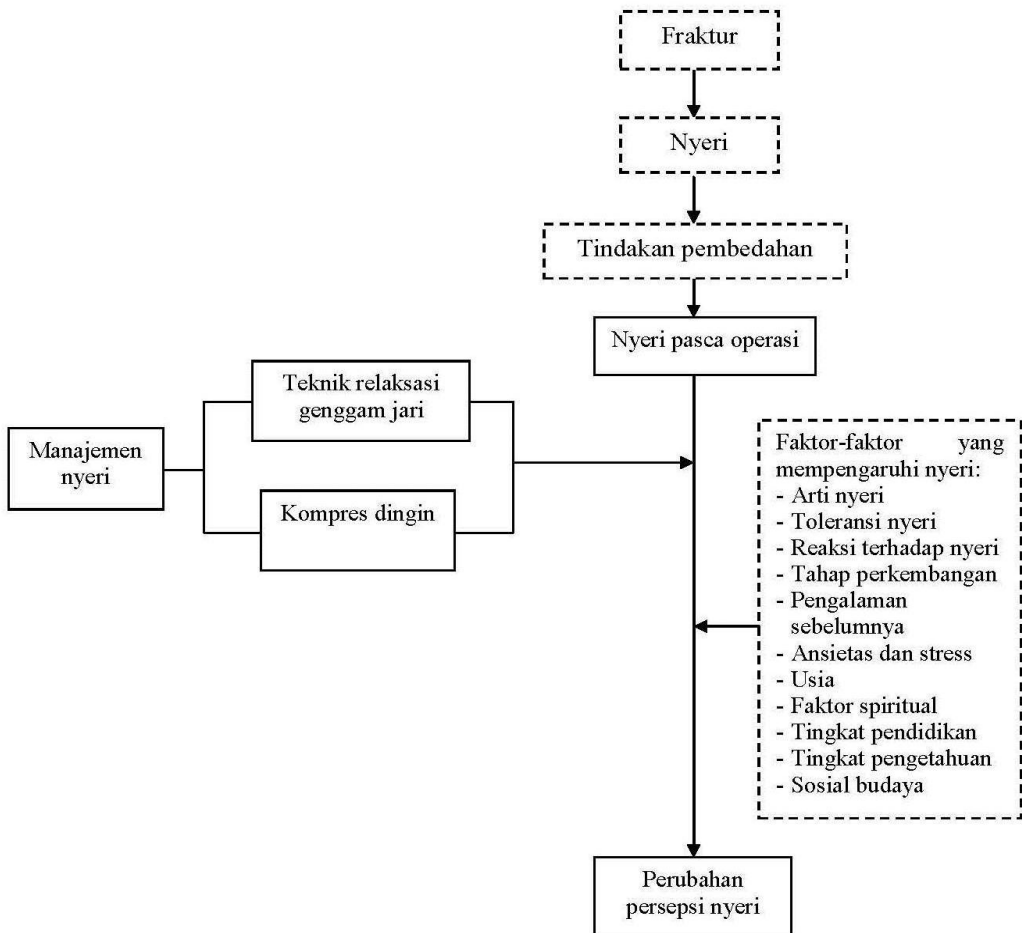
B. KERANGKA TEORI



Gambar 2.2. Kerangka teori penelitian adaptasi teori Kolcaba

Gambar 2.2. Kerangka teori penelitian adaptasi teori Kolcaba

C. KERANGKA KONSEP



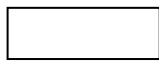
Gambar 2.3. Kerangka konsep penelitian

Keterangan :

- : Diteliti
- : Tidak diteliti

Gambar 2.3. Kerangka konsep penelitian

Keterangan :



: Diteliti



: Tidak diteliti

Penjelasan kerangka konsep:

Masalah nyeri akibat pembedahan pada fraktur diatasi dengan manajemen nyeri yang terdiri dari farmakologi dan nonfarmakologi. Penelitian ini memberikan intervensi teknikal manajemen nyeri nonfarmakologi mengombinasikan teknik relaksasi genggam jari dan kompres dingin. Manajemen nyeri nonfarmakologi diharapkan bisa menurunkan persepsi nyeri. Dimana proses dari perubahan persepsi nyeri dapat dipengaruhi dari beberapa faktor, antara lain: arti nyeri, toleransi nyeri, reaksi terh

adap nyeri, tahap perkembangan, pengalaman sebelumnya, ansietas dan stress, usia, faktor spiritual, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, dan sosial budaya.

D. Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh kombinasi teknik relaksasi genggam jari dan kompres dingin terhadap perubahan persepsi nyeri pada pasien pasca operasi fraktur.