

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Fraktur adalah di mana tulang menjadi patah hingga bentuk atau posisinya berubah. terjadinya fraktur ketika tulang mendapat benturan atau tekanan yang besarnya lebih dari kekuatan tulang. Patah tulang paha adalah putusnya tulang paha dikarenakan oleh trauma langsung maupun tidak langsung. (Indrawan & Hikmawati, 2021)

2. Etiologi

Penyebab paling umum fraktur ialah kecelakaan, seperti kecelakaan lalu lintas. Namun, bisa disebabkan oleh beberapa faktor, seperti proses degeneratif dan patologis (Andri et al., 2019). Trauma sebagai penyebab patah tulang yang terbagi menjadi beberapa bagian yaitu:

- a. Trauma langsung, tulang terkena benturan, korban jatuh dalam posisi terlentang, dimana pada trokanter mayor langsung menyentuh benda keras.
- b. Trauma tidak langsung, titik tumpu benturan dan patah tulang jauh, seperti terpeleset.
- c. Trauma ringan, trauma ringan dapat menyebabkan patah tulang jika tulang itu lemah atau mempunyai penyakit yang mendasari atau fraktur patologis. (Tanoto, 2022)

3. Tanda dan Gejala

Menurut Mahartha, (2017) tanda gejalanya adalah:

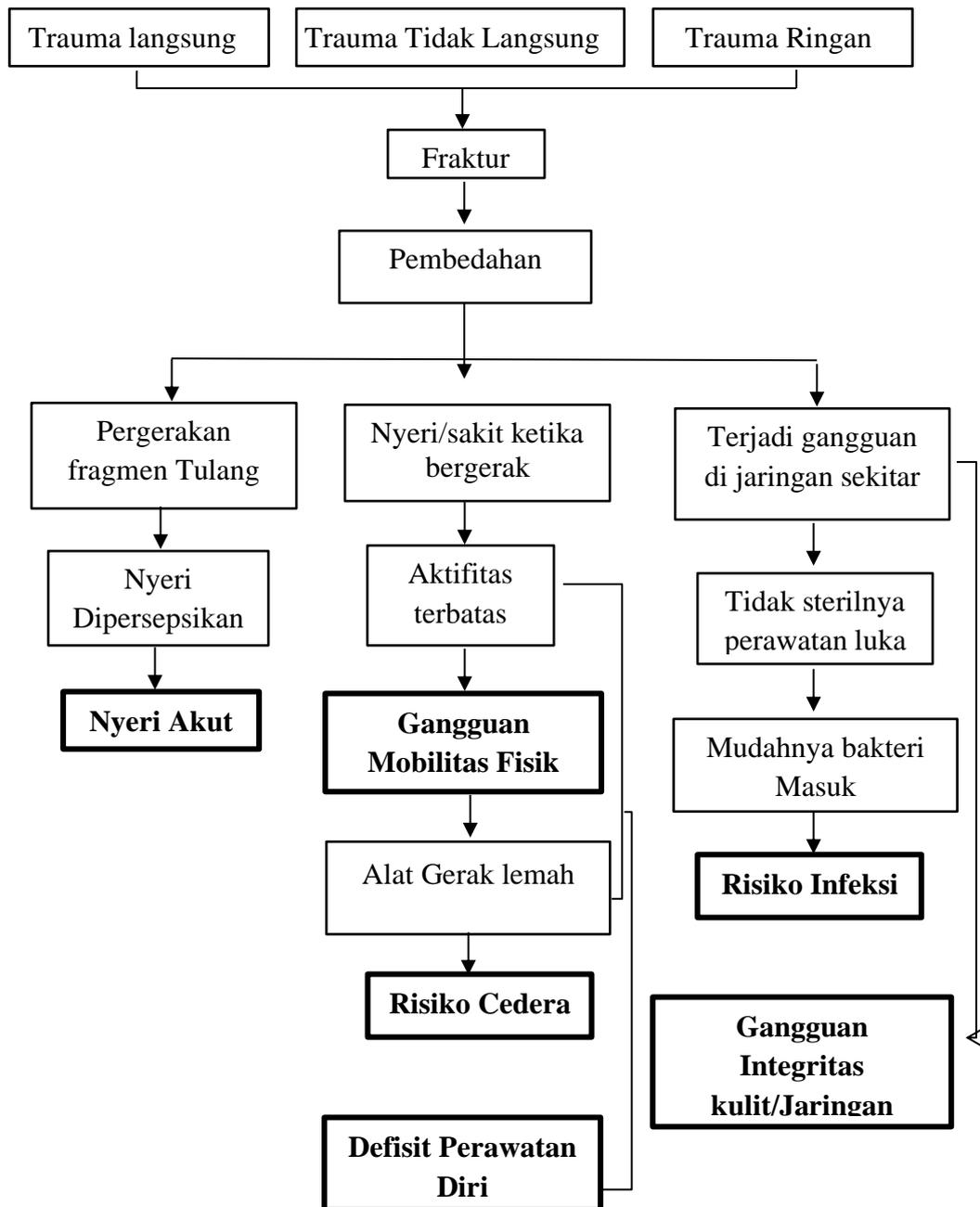
- a. Adanya trauma
- b. Nyeri
- c. Bengkak
- d. Deformitas (angulasi, rotasi, diskrepansi)
- e. Putusnya kontinuitas tulang
- f. Pergerakan abnormal
- g. Krepitasi

4. Patofisiologi (pathway)

Tekanan kuat atau trauma tulang langsung bisa menyebabkan patah tulang, sehingga menyebabkan jaringan dan otot menjadi rusak. Rusaknya jaringan dan otot menyebabkan bengkak, perdarahan dan memar. Patah tulang yang tidak terjadi pada seluruh panjang tulang disebut patah tulang tidak lengkap, dan patah tulang terjadi pada panjang tulang disebut patah tulang lengkap. Trauma yang terjadi berupa kematian, cacat fisik, dan komplikasi. Secara patofisiologis, patah tulang dapat menimbulkan diskontinuitas tulang akibat ketidakstabilan posisi tulang. Setelah itu, fragmen tulang yang patah tersebut menembus organ sekitarnya sehingga dapat menimbulkan rasa nyeri. (Marfuah, I. I., & Afni, A. C. N., 2022).

Pada kasus trauma, dibutuhkan banyak tenaga untuk mematahkan tulang paha orang dewasa. Umumnya patah tulang ini terkena pada pria muda yang pernah kecelakaan motor atau terjatuh dari ketinggian,

penderita mengalami beberapa trauma terkait. Penyakit tulang degenerasi (osteoporosis) atau tumor ganas pada tulang paha menyebabkan patah tulang patologis tanpa trauma yang cukup untuk menyebabkan tulang paha patah. Trauma pada tulang paha diikuti oleh kejang otot paha yang menyebabkan kelainan bentuk paha yang khas yaitu memendeknya tungkai bawah. Bila keadaan ini terus bersinambung tanpa intervensi yang maksimal, hingga ada risiko terjadinya deformitas femur



Sumber : (N.Iqramullah 2021)

Gambar 2.1 Patofisiologi

5. Klasifikasi

Menurut Suriya & Zurianti (2019) Secara umum kondisi patah tulang dapat diklasifikasikan berdasarkan:

a. Lokasi

Fraktur klavikula, tibia, femur, humerus, ulna, dan lainnya.

b. Faktor lengkap atau tidak lengkap

1) Patah tulang komplit (Garis patah yang melintasi seluruh penampang tulang atau ke-2 korteks tulang).

2) Patah tulang tidak komplit (jika garis patahan tidak melintasi seluruh tulang).

c. Bentuk dan jumlah garis patah

1) Fraktur kominitif: Terdapat lebih dari satu garis patahan yang saling berhubungan.

2) Fraktur segmental: Banyak garis patahan tapi tidak saling berhubungan

3) Fraktur multiple: Melibatkan beberapa patah tulang tidak terletak pada tulang yang sama.

d. Posisi tulang

1) Patah tulang nondisplaced (tidak berpindah tempat): tulang yang patah tidak bergeser atau tetap berada di dalam posisi yang sejajar

- 2) Patah tulang displaced (berpindah): fraktur yang terjadi ketika tulang yang patah bergeser dan ujung-ujung patahan tulang tersebut menjadi tidak sejajar.
- e. Sifatnya (luka yang timbul)
- 1) Fraktur tertutup, fraktur tanpa adanya komplikasi, kulit masih utuh, tulang tidak keluar melalui kulit.
 - 2) Fraktur terbuka, patah tulang yang merusak jaringan kulit karena adanya hubungan dengan lingkungan luar, maka fraktur terbuka sangat berpotensi menjadi infeksi.
- f. Bentuk garis fraktur dan hubungan dengan mekanisme trauma:
- 1) Fraktur Transversal: Patah tulang melintasi tulang karena trauma langsung atau angulasi.
 - 2) Fraktur Oblik: Patah tulang yang relatif umum di mana tulang patah secara diagonal ke sumbu panjang tulang
 - 3) Fraktur Spiral: Patah tulang yang garis arahnya bentuk spiral akibat trauma rotasi.
 - 4) Fraktur Kompresi: Patah tulang akibat cedera pada perlekatan aksial yang mendorong tulang ke permukaan lain.
 - 5) Fraktur Avulsi: Patah tulang disebabkan oleh tarikan saat menempel pada tulang.
- g. Posisi tulang
- 1) Tidak ada dislokasi
 - 2) terdapat dislokasi

h. Lokasi patahannya

batang tulang terdiri dari 3 bagian:

1) 1/3 distal

2) 1/3 proksimal

3) 1/3 medial

i. Fraktur kelelahan: Patah tulang yang disebabkan tekanan atau stress berulang.

j. Fraktur patologis: Patah tulang disebabkan oleh adanya penyakit lokal pada tulang sehingga kekerasan dapat menyebabkan fraktur.

6. Faktor risiko

Faktor risiko terbesar terjadinya patah tulang adalah jenis kelamin dan usia. Perempuan memiliki risiko patah tulang lebih tinggi dibandingkan pria karena tulang wanita (usia 25 hingga 30) cenderung kecil dan kurang padat dibandingkan laki-laki. Selain itu, wanita lebih banyak kehilangan kepadatan tulang dibandingkan laki-laki seiring bertambahnya usia sebab kadar estrogen menurun selama menopause. Patah tulang pada pria terjadi pada usia di atas 50 tahun. (Dewiyanto a.n 2021)

Berikut faktor lain yang dapat meningkatnya risiko patah tulang:

a. Merokok adalah faktor yang mempengaruhi kadar hormon. Wanita perokok cenderung akan menopause lebih cepat.

b. Konsumsi alkohol berlebih bisa mempengaruhi struktur tulang.

- c. Steroid, biasa digunakan untuk mengobati penyakit peradangan, seperti rheumatoid arthritis, peradangan usus, dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK). Penggunaan dalam dosis tinggi bisa mengakibatkan pengeroposan tulang.
- d. Arthritis rheumatoid, biasa merusak sel dan jaringan sehat di sekitar persendian yang menyebabkan, peradangan kronis pada persendian seperti rasa sakit, bengkak, dan kaku.
- e. Penderita diabetes tipe 1 mempunyai tulang yang rendah kepadatannya. Pada diabetes tipe 2 adalah penglihatan buruk, saraf rusak, dan kurangnya aktifitas mengakibatkan terjatuh, kualitas tulang dapat dipengaruhi oleh perubahan metabolisme akibat tingginya kadar gula darah.

7. Komplikasi

Menurut (Anggraini,y & Leniwita h 2019) :

a. Komplikasi awal

1) Rusaknya arteri

Ruptur arteri akibat trauma ditandai dengan tidak ada denyut nadi, penurunan *capillary refill time*, sianosis distal, rasa dingin di ekstremitas akibat tindakan emergensi splinting, berubahnya posisi daerah yang sakit, prosedur reduksi, dan bedah.

2) Sindrom kompartemen

Sindrom kompartemen adalah kumpulan gejala yang disebabkan oleh peningkatan tekanan dalam otot. Kondisi ini dapat mengenai

betis, paha, lengan, tangan, dan kaki. Hal ini terjadi karena peningkatan tekanan tersebut dapat menghambat pasokan darah ke saraf dan sel-sel di dalam otot.

3) Fat Embolism Syndrome

Emboli lemak peredaran darah yang merupakan masalah sekunder dan menyebabkan manifestasi klinis spesifik. Hal ini disebabkan sel lemak yang diproduksi oleh masuknya sumsum tulang kuning ke aliran darah sehingga rendahnya kadar oksigen dalam darah ditandai dengan pernapasan abnormal, detak jantung cepat, peningkatan tekanan darah, pernapasan cepat, dan demam.

4) Infeksi

Terjadinya infeksi biasanya pada patah tulang terbuka, namun bisa disebabkan oleh penggunaan bahan seperti pelat dan pin pada saat tindakan operasi.

5) Avaskuler Nekrosis

Kematian jaringan tulang karena berkurangnya suplai darah.

6) Syok

Syok disebabkan oleh kehabisan banyak darah serta kenaikan permeabilitas kapiler yang dapat menimbulkan berkurangnya oksigen. Hal ini sering terjadi ketika patah tulang.

b. Komplikasi jangka panjang

1) Delayed Union

Proses penyembuhan yang terus berjalan tapi dengan kecepatan yang lebih lambat dari keadaan normal (proses penyembuhan yang lama).

2) Non union

Non union adalah penyembuhan tulang yang gagal dan pembentukan Sendi yang utuh, kokoh, serta normal setelah 6 hingga 8 bulan. Hal ini terjadi disebabkan kurangnya sirkulasi darah.

3) Malunion

Malunion adalah keadaan tulang patah yang telah menyatu dengan fragmen tulang dalam posisi tidak normal. Biasanya akan dilakukan reimonilisasi dan bedah yang baik.

8. Penatalaksanaan

Suriya dan Zurianti (2019), Penatalaksanaan fraktur ialah:

a. Reduksi

Pengembalian fragmen tulang ke posisi kesejajaran dan rotasinya. Reduksi tertutup adalah fragmen tulang kembali ke posisi yang benar dengan cara manipulasi. biasanya menggunakan bidai, traksi, dan alat lainnya. Sedangkan reduksi terbuka dilakukan metode bedah dengan Alat berupa kawat, sekrup, pen, pelat dan juga paku.

b. Imobilisasi

Tindakan ini bisa dilakukan dengan cara internal dan eksternal. Keadaan neuron, termasuk aliran darah, nyeri, sentuhan dan gerakan,

terus dipantau sambil mempertahankan dan memulihkan fungsinya. Perkiraan waktu pemulihan yang diperlukan untuk menyatukan kembali tulang yang patah adalah kurang lebih 3 bulan.

c. Metode bedah

yaitu pemasangan sekrup dan pelat yang lebih dikenal dengan pen yaitu bentuk reduksi dan imobilisasi dikenal dengan reduksi terbuka atau ORIF.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dalam sebuah keperawatan. data dikumpul secara sistematis untuk mengetahui status klien saat ini. berikut data pengkajian menurut (N.Iqramullah 2021):

- a. Identitas pasien seperti nama pasien, jenis kelamin, pendidikan, umur, alamat, pekerjaan, kewarganegaraan, status perkawinan, agama, diagnosa keperawatan, dan no register.
- b. Biasanya masalah utama pada kasus fraktur adalah nyeri.
- c. Riwayat penyakit saat ini, kronologi kejadian yang menyebabkan penyakit saat sekarang dapat terjadi.
- d. Riwayat kesehatan dulu, biasanya ditemukannya sebab patah tulang.
- e. Riwayat kesehatan keluarga
- f. Pola kesehatan
 - 1) Pola persepsi

Ketika terjadi patah tulang, seringkali pasien takut menjadi cacat

sehingga harus mendapat pengobatan agar tulangnya cepat sembuh.

2) Pola makan dan metabolisme klien

Penderita patah tulang harus mengonsumsi lebih banyak nutrisi daripada kebutuhan harian, misalnya zat besi, protein, kalsium, vitamin C untuk mempercepat penyembuhan.

3) Pola eliminasi

Warna, konsentrasi, jumlah dan bau yang perlu dikaji untuk menentukan ada atau tidaknya masalah. Hal yang diperhatikan dalam eliminasi adalah BAK dan BAB.

4) Kebiasaan istirahat dan tidur

Umumnya pasien merasa nyeri dan gerak terbatas yang bisa mengganggu tidur atau istirahat pasien.

5) Pola aktifitas

Kegiatan klien berkurang dan memerlukan bantuan orang lain karena nyeri dan pergerakan terbatas.

6) Peran dan hubungan

Pasien merasa hilangnya peran di dalam keluarganya dan masyarakat karena dirawat di rumah sakit.

7) Model persepsi diri dan konsep diri

Penderita fraktur biasanya mengalami takut, cemas, ketidakmampuan melakukan aktifitas, gangguan citra tubuh karena kecacatan karena patah tulang.

8) Reproduksi seksual

Pasien tidak bisa berhubungan seks disebabkan dirawat di rumah sakit dan mengalami keterbatasan gerak.

9) Nilai dan keyakinan

Ketidakmampuan pasien melakukan ibadah karena keterbatasan fisik.

10) Pemeriksaan fisik

ada dua cara umum pemeriksaan fisik pada kasus fraktur yaitu:

a) Gambaran umum perlunya memperhatikan pemeriksaan meliputi sebagai berikut:

(1) Baik atau buruknya keadaan umum dicatat tanda-tandanya adalah seperti berikut:

(a) Kesadaran pasien

(b) Keadaan Nyeri

(2) Ada gangguan fungsional dan formatif sehingga tanda-tanda vital tidak normal

(3) Pemeriksaan head to toe perlu memperhatikan kondisi proksimal dan distal, terutama yang berkaitan dengan kondisi neurovaskular.

b) Kondisi lokal pada pasien dengan melakukan lihat, move, dan feel

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dibuat berdasarkan data pasien. Masalah yang muncul pada kasus fraktur dalam standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017) sebagai berikut :

- 1) Gangguan Mobilitas fisik (D.0054)
- 2) Nyeri Akut (D.0077)
- 3) Defisit perawatan diri (D.0109)
- 4) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)
- 5) Risiko Cedera (D.0136)
- 6) Risiko Infeksi (D.0142)

3. Perencanaan

Perencanaan atau intervensi mengacu pada setiap perawatan yang diberikan oleh perawat sesuai pengetahuan tentang hasil yang diharapkan dan penilaian klinis. setelah di lakukan intervensi keperawatan akan menunjukkan status diagnosa dari hasil keperawatan. Hasil dari perencanaan keperawatan mencakup tujuan dan kriteria hasil pemecahan masalah. Rencana yang dapat dilaksanakan perawat didasarkan pada standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI, PPNI 2018).

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intevensi
1.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	<p>Mobilitas fisik (L.05042) Setelah melakukan tindakan selama ...x24jam diharap mobilitas fisik meningkat sesuai kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gerak ekstremitas meningkat dari skala ... ke ... 2. Gerakan terbatas menurun 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi ada nyeri atau keluhan fisik 2. Identifikasi toleransi fisik saat ambulasi 3. Monitor kondisi umum saat dilakukan ambulasi

		<p>dari skala ... ke ...</p> <p>3. Kekuatan otot meningkat dari skala ...ke...</p> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Menurun</p> <p>2 : Cukup menurun</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup meningkat</p> <p>5 : Meningkatkan</p> <p>1 : Meningkatkan</p> <p>2 : Cukup meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	<p>Terapeutik :</p> <p>4. Fasilitasi aktifitas ambulasi menggunakan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)</p> <p>5. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, jika perlu</p> <p>6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi :</p> <p>7. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</p> <p>8. Ajarkan lakukan ambulasi dini</p> <p>9. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)</p>
2.	Nyeri akut (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukannya tindakan selama ... x24 jam diharap nyeri hilang/ berkurang sesuai kriteria hasil :</p> <p>1. Mengeluh nyeri menurun dari skala.. ke...</p> <p>2. Meringis menurun dari skala... ke...</p> <p>3. Sikap protektif menurun dari skala... ke...</p> <p>Keterangan :</p> <p>1: Meningkatkan</p> <p>2 : Cukup meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Obeservasi :</p> <p>1 . Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <p>5 . Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, kompres hangat/dingin, terapi bermain, terapi relaksasi)</p> <p>6 . Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>7. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>8. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>9 . Kolaborasi Pemberian analgetik, jika perlu</p>
3.	Defisit perawatan diri (D.0109)	<p>Perawatan diri (L.11103)</p> <p>Setelah dilakukannya tindakan selama ... x24 jam diharap perawatan diri meningkat sesuai kriteria hasil :</p> <p>1. Kemampuan mandi</p>	<p>Dukungan Perawatan diri (I.11348)</p> <p>Obeservasi :</p> <p>1 . Mengidentifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai</p>

		<p>meningkat dari skala ...ke ...</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan perawatan diri meningkat dari skala ... ke... Mempertahankan kebersihan diri meningkat dari skala ... ke... <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menurun Cukup menurun Sedang Cukup meningkat Meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> Monitor tingkat kemandirian Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan lingkungan yang Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
4.	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukannya tindakan selama ... x 24 jam diharap integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Elastisitas meningkat dari skala...ke... Jaringan rusak menurun dari skala ... ke ... Rusaknya lapisan kulit menurun dari skala ... ke... <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menurun Cukup menurun Sedang Cukup meningkat Meningkat <ol style="list-style-type: none"> Meningkat Cukup meningkat Sedang Cukup menurun Menurun 	<p>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi Penyebab gangguan integritas kulit <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan minum air yang cukup Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Anjurkan mandi dan gunakan sabun secukupnya
5.	Risiko Cedera (D.0136)	<p>Tingkat Cedera (L.14136)</p> <p>Setelah dilakukannya tindakan selama ... x 24 jam diharap risiko cedera menurun sesuai kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Toleransi aktifitas meningkat dari skala...ke... Kejadian cedera menurun dari skala...ke.. Ketegangan otot menurun 	<p>Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. Kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku) Monitor perubahan status keselamatan lingkungan <p>Terpeutik :</p>

		<p>dari skala ... ke ...</p> <p>4. Ekpresi wajah kesakitan menurun dari skala..ke...</p> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan</p> <p>1 : Meningkatkan 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 5 : Menurun</p>	<p>3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan resiko</p> <p>4. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan</p> <p>5. Gunakan alat pelindung</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan</p>
6.	Risiko Infeksi (D.0142)	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Setelah dilakukannya tindakan selama ... x 24 jam diharapkan risiko Infeksi menurun sesuai kriteria hasil :</p> <p>1. Demam menurun dari skala...ke...</p> <p>2. Kemerahan menurun dari skala...ke..</p> <p>3. Nyeri menurun dari skala...ke...</p> <p>4. Sel darah putih membaik dari skala..ke...</p> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik</p> <p>1 : Meningkatkan 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 5 : Menurun</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>3. Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>7. Ajarkan mencuci tangan dengan benar</p> <p>8. Ajarkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>9. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>

Konsep Dasar Teknik Relaksasi Genggam Jari

a. Definisi

Teknik relaksasi yang dilakukan oleh semua orang dengan sangat mudah dan sederhana disebut juga Teknik relaksasi genggam jari. Metode ini berkaitan dengan jari dan energi dalam tubuh. Metode ini bisa memberikan rangsangan reflek (otomatis) saat genggam

dengan rangsangan ini nanti mengalirkan gelombang menuju ke otak, lalu lanjut ke saraf dalam tubuh yang bermasalah, dan penyumbatan di jalur energi menjadi lancar. (Larasati & Hidayati, 2022).

Sebagai bagian dari teknik jin syin jyutsu (akupresur jepang), Teknik menggenggam jari adalah cara yang paling gampang dilakukan oleh siapapun dan dimanapun. Suatu kesenian yang menyeimbangkan energi tubuh dengan sentuhan tangan sederhana dan pernapasan. (Rosiska, 2021)

Terapi genggam jari sebagai pendamping terapi obat untuk mengurangi kecemasan dan nyeri sebelum dan setelah operasi. Teknik relaksasi bukan tidak menggantikan pengobatan, namun diperlukan untuk mengurangi kecemasan dan mengurangi rasa nyeri dalam hitungan menit atau detik. (Herniwati, M., & Wibowo, T. A. 2017)

b. Manfaat

Teknik genggam jari ini membantu tubuh, pikiran, dan jiwa menjadi rileks serta mengurangi nyeri. Saat rileks, hal ini secara alami memicu pelepasan hormon endorfin, hormon inilah yang merupakan pereda nyeri alami dari tubuh sehingga nyeri berkurang. (Indrawati ucik, 2020).

c. Prosedur

Pengalaman sensorik dan emosi karena rusaknya jaringan aktual dan potensi yang menimbulkan nyeri pada tubuh dan seseorang yang mengalaminya dapat mengungkapkan disebut dengan nyeri.

Nyeri yang timbul terjadi saat jaringan terluka atau rusak, dan dilepaskannya zat yang dapat merangsang reseptor nyeri. (Budiman, A 2018)

Genggam jari dengan mengontrol napas selama kurang lebih 2-5 menit, jari dapat digenggam untuk rasa tenang, konsentrasi dan nyaman sehingga dapat menghadapi situasi dengan rasa lebih tenang. Cara melakukan teknik genggam jari menurut. (Sulung & Rani, 2017)

- 1) Posisikan pasien dengan nyaman mungkin serta mengatur nafas dan rileksasikan otot pada pasien.
- 2) Pemeriksa duduk disebelah pasien, relaksasi diawali dengan menggenggam perlahan ibu jari pasien, menahannya hingga terasa denyut nadi pasien.
 - a) Dengan hitungan mundur minta pasien untuk mengatur nafasnya.
 - b) Genggamlah ibu jari kurang lebih 3-5 menit dan atur nafas lalu lanjutkan ke jari berikutnya satu per satu dengan jangka waktu yang sama.

4. Evaluasi

Suatu kegiatan dimana perawat membandingkan hasil setelah melakukan tindakan keparawatan yang disebut Evaluasi. hasil ini diukur untuk menentukan sejauh mana tingkat penyelesaian masalah pada pasien. Selain itu juga menjadi acuan bagi perawat ketika permasalahan belum dapat diselesaikan. Oleh karena itu, perawat akan mengubah atau

mengganti rencana pelaksanaan yang diberikan kepada pasien. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk membandingkan apakah hasilnya sesuai dengan kriteria hasil tertulis atau tidak. (Hermanto et al., 2020)