

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

Pengkajian ini dilakukan dengan cara autoanamnesa dan alloanamnesa, pada hari Kamis tanggal 16 Januari tahun 2020. Jam 07.35 WIB di ruang Cempaka RSUD Ungaran.

1. Identitas Klien

Nama : Nn. W
Tempat & Tgl Lahir : Kab. Semarang, 11 Juli 2001
Pendidikan terakhir : SMP
Agama : Islam
Suku : Jawa
Status perkawinan : Belum Kawin
Pekerjaan : Pelajar
TB/BB : 162 cm/ 82 kg IMT : 31,2
Diagnose medis : Post op orif fraktur humerus 1/3 sinistra
Alamat : Ungaran

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. R
Umur : 45
Pendidikan terakhir : SMA
Hubungan dgn klien : Ayah
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Ungaran

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri di lengan kiri bawah.

b. Riwayat Kesehatan saat ini

Pasien dibawa ke IGD RSUD Ungaran hari selasa 14 januari 2020, jam 06.15 dengan riwayat kecelakaan terjatuh dari sepeda motor, dan sampai ke IGD jam 06.35, pasien di IGD sudah diberikan infus RL 20tpm, ketorolac 30 gr/12 jam iv, ranitidine 1 amp/ 12 jam iv. Kemudian pasien dirawat di ruang Cempaka untuk menjalani program operasi. Pada tanggal 15 januari 2020 jam 11.00 pasien dioperasi. Dilakukan pengkajian tanggal 16 januari 2020, dengan keluhan nyeri pada luka post operasi, terdapat memar di femur kiri, pasien mengatakan jari-jari tangan kiri kesemutan dan susah digerakkan, pasien mengatakan nyeri saat tangan kiri digerakkan. Saat ini kondisi pasien sudah stabil dengan TD: 110/80 mmHg, RR: 20x/menit S : 36,2 °C, N : 84x/menit.

c. Riwayat Kesehatan Masa lalu

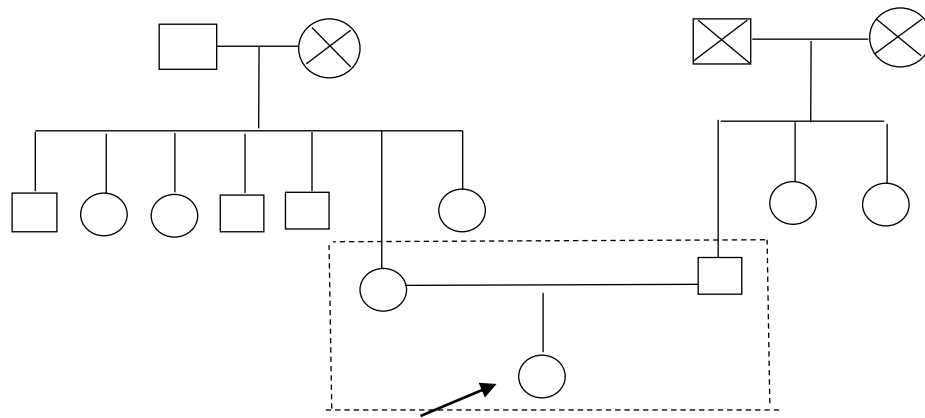
Pasien mengatakan pernah di rawat di RS pada tahun 2014 dengan diagnosa febris thypoid, pasien mengatakan mengalami terjatuh dari sepeda motor 2 x kali tetapi tidak sampai di rawat di RS. Pasien mengatakan belum pernah operasi sebelumnya, pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan, minuman dan obat.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit menular maupun menurun dari keluarganya.

Genogram

Bagan 3.1 Genogram keluarga Nn. W



Keterangan:

- : Laki-laki
 ○ : Perempuan
 ----- : tinggal serumah
 ↗ : pasien
 ✕ : meninggal

4. Riwayat Lingkungan tempat tinggal

- Tipe tempat tinggal : permanen
- Jumlah kamar : 3 kamar, 1 gudang
- Jumlah penghuni : 3 orang
- Kondisi tempat tinggal : bersih dan berada di lingkungan pemukiman

5. Pemeriksaan fisik

a. Kesadaran umum

- 1) Penampilan : kurang rapi
- 2) Kesadaran : composmentis E: 4 M:6 V: 5 = 15
- 3) Vital sign :

TD : 110/80 mmHg

RR : 20x/ menit

S : 36,2°C

N : 84x/menit

b. Kepala

Bentuk kepala simetris, tidak ada oedema, tidak ada jejas, tidak ada lesi dan tidak ada nyeri tekan, tidak ada ketombe, kulit kepala bersih tidak ada kotoran, pertumbuhan rambut merata, rambut di gerai.

c. Kulit

Warna kulit pasien coklat, turgor kulit cepat kembali CRT < 2 detik, ada lesi di femur sinistra, ada oedema di tangan kiri, ada luka di siku kiri.

d. Mata / penglihatan

Mata simetris, pergerakan bola mata normal, reflek pupil terhadap cahaya normal, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, ketajaman mata pasien tidak normal karena pasien menggunakan kaca minus 3.

e. Hidung / Penciuman

Hidung simetris, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat kelainan bentuk tulang, tidak ada polip, fungsi penciuman baik, tidak ada peradangan.

f. Pendengaran/ Telinga

Bentuk daun telinga simetris, tidak ada peradangan, fungsi pendengaran masih baik, tidak ada serumen, tidak ada cairan.

g. Mulut

Bibir pasien pucat, kering, gigi pasien tampak sedikit kotor, gusi pasien tidak berdarah, tidak ada peradangan tonsil, lidah bersih, fungsi pengecapan baik, mukosa mulut berwarna merah muda, tidak ada stomatitis.

h. Leher

Tidak ada benjolan, tidak ada kekakuan, tidak ada nyeri tekan, pergerakan leher bisa bergerak fleksi, rotasi, lateral fleksi, hiperekstensi, tidak ada gangguan pada saat bicara, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

i. Dada/ pernafasan (IPPA)

I : bentuk dada simetris, pergerakan dada simetris

P : tidak ada nyeri tekan, tartil fremukus tidak teraba

P : sonor

A : vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan

j. Jantung (IPPA)

I : ictus cardis taidak tampak

P : ictus cardis tidak teraba di interkosta 5

P : redup

A : S1 dan S2 reguler

k. Abdomen (IAPP)

I : bentuk simetris, distensi abdomen

A : peristaltic usus 14x/ menit

P : tidak ada nyeri tekan

P : timpani

l. Sistem reproduksi

Tidak ada peradangan pada inguinal eksterna, tidak ada lesi, siklus menstruasi teratur, tidak ada pengeluaran cairan abnormal dari genitalia, tidak terdapat trauma pada genitalia.

m. Ekstremitas atas/ bawah

Atas : ada keterbatasan gerak lengan kiri karena efek bedah (post op orif) , ada pembengkakan tangan kiri, jari-jari tangan kiri kebiruan, ada fraktur di lengan 1/3 tengah, pasien mengatakan jarijari tangan kiri sering kesemutan, terpasang orif 1/3 lengan tengah kiri, kemerahan di sekitar luka, CRT < 2 detik, nadi teraba lemah di tangan kiri.

Bawah: ada memar di femur kiri, tidak ada kelemahan tungkai, tidak ada lesi, tidak ada fraktur

Kekuatan otot	5	3
	5	5

Kekuatan otot ekstremitas kanan tidak terganggu, kekuatan otot ekstremitas kiri atas terganggu.

n. Pengkajian luka

Luka berada dilengan kiri, luka tampak kemerahan, terdapat lebam disekitar luka, tidak ada pus, jahitan berbentuk horizontal dengan jumlah jahitan 18 jahitan.

o. Eliminasi

Pasien mengatakan selama di RS belum pernah BAB dan BAK 1 kali selama di RS.

6. Data tambahan/ pengkajian fungsional

a. Pola aktifitas, istirahat dan tidur

Data subyektif:

- 1) Pasien mengatakan sebagian aktivitas seperti mandi, berpakaian, berpindah tempat dibantu keluarga.
- 2) Pasien mengatakan saat tidur malam dan siang sering terbangun karena merasa nyeri.
- 3) Pasien mengatakan tidur malam 2 jam, siang 2 jam
- 4) Pasien mengatakan sebelum sakit biasa tidur jam 22.00 bangun pagi 04.00

Data obyektif:

- 1) Mata pasien tampak merah
- 2) Kelopak mata berwarna gelap
- 3) Pasien tampak menguap

b. Integritas ego (status psikososial)

Data subyektif:

- 1) Pasien mengatakan tidak mempunyai masalah yang mengganggu kesehatan
- 2) Pasien mengatakan ingin segera pulang dari RS
- 3) Pasien mengatakan bahwa pasien anak tunggal
- 4) Pasien mengatakan selama sakit masih bisa berhubungan baik dengan orang lain

Data obyektif:

- 1) Pasien tampak cemas
- 2) Pasien tampak malu-malu saat di ajak interaksi
- 3) Pasien bicara jelas dan mudah di mengerti

c. *Activity Daily Living* (ADL)

Data subyektif:

- 1) Pasien mengatakan aktifitas sehari-hari selama di RS seperti mandi, berpakaian, toileting dibantu oleh keluarga.
- 2) Pasien mengatakan malas makan dari RS dan tidak nafsu makan.

Data obyektif:

- 1) Penampilan kurang rapi, rambut digeraai.
- 2) Berpakaian kurang rapi.
- 3) Terpasang orif pada lengan kiri.

Table 3.1 Index Katz Nn. W

No.	Aktivitas harian	Mandiri	Bantuan
1.	Mandi		√
2.	Berpakaian		√
3.	Toileting		√
4.	Berpindah	√	
5.	Kontrol perkemihan dan defekasi	√	
6.	Makan	√	

Skor pasien adalah D yaitu ketergantungan 3 fungsi aktifitas.

Keterangan:

Skor A : Kemandirian dari semua aktifitas harian.

Skor B : Kemandirian dalam semua aktifitas harian, kecuali salah satu fungsi tersebut.

Skor C : Kemandirian dalam semua aktifitas kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.

Skor D : Kemandirian dalam semua aktifitas kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

Skor E : Kemandirian dalam semua aktifitas kecuali mandi, berpakaian, ke kamar mandi, dan satu fungsi tambahan.

Skor F : Kemandirian dalam semua aktifitas kecuali mandi, berpakaian, ke kamar mandi, berpindah, dan satu fungsi tambahan.

Skor G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.

d. Ketidaknyamanan

Data subyektif:

1) Pasien mengatakan nyeri di lengan kiri

P : saat di gerakan

Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : humerus sinistra

S : skala 6

T : 3-4 menit

2) pasien mengatakan saat bergerak nyeri makin bertambah

3) pasien mengatakan berhenti menggerakan tangan saat nyeri bertambah

4) pasien mengatakan tangan kiri susah di gerakan

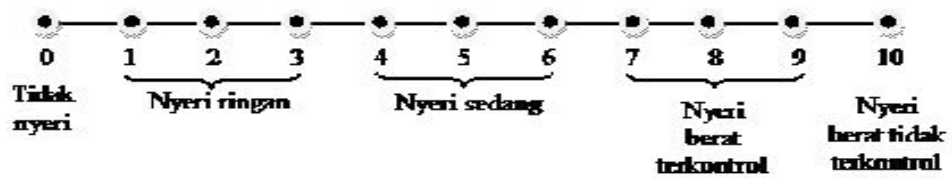
Data Obyektif:

1) Pasien tampak meringis kesakitan menahan nyeri

2) Pasien tidak menggerakan tangan

3) Terpasang wound drainase reservoir berisi darah warna merah segar

Bagan 3.2 Skala Nyeri



e. Pembelajaran

Data subyektif:

- 1) Pasien mengatakan lebih sering menggunakan Bahasa Indonesia saat berkomunikasi
- 2) Pasien mengatakan masih sekolah kelas 3 SMK di bawen jurusan Tata Boga
- 3) Pasien mengatakan yakin tangannya bisa sembuh seperti semula
- 4) Keluarga mengatakan mengetahui cara perawatan pasien saat di RS

Data Obyektif:

- 1) Pasien tampak paham saat di berikan informasi oleh perawat
- 2) Keluarga pasien selalu bertanya tentang kapan pasien di perbolehkan pulang

7. Data Penunjang

a. Terapi

Tabel 3.2 Terapi Obat Nn. W

Nama obat	Dosis/frekuensi	Rute	Kegunaan
Infus RL	20 tpm	lv	Cairan elektrolit (Hujjatulislam dkk, 2015)
Cefazoline	1 gr/ 8 jam	lv	Antibiotik (Bratzler,2013 dalam Armalita 2018)
Ketorolac	30 mg/8 jam	lv	Anti nyeri (Haris dkk, 2016)
Ranitidine	50mg/12 jam	lv	Menurunkan sekresi asam lambung (Wardaniati dkk, 2016)
Celebrex	100mg 1x1	Oral	Anti nyeri (Bedaiwi, 2016 dalam Cahyo Immanuel 2017)

b. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium Nn. W tanggal 14 januari 2020

Nama test	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	Metode
Hematologi				
Darah lengkap				
Hemoglobin	L 11.1	g/dL	11.7-15.5	Flowcytometri
Lekosit	H 12.18	$10^3/uL$	3.6-11	Flowcytometri
Trombosit	L 59.1	$10^3/uL$	150-440	Flowcytometri
Hematocrit	L 33.02	%	35-47	Flowcytometri
Eritrosit	5.04	$10^6/uL$	3.8-5.2	Flowcytometri
Index eritrosit				
M C V	L 66	fL	80-100	Flowcytometri
M C H	L 22.0	Pg	26-34	Flowcytometri
M C H C	33.6	g/dl	32-36	Flowcytometri
RDW-CV	H 21.9	%	11.5-14.5	Flowcytometri
Hitung jenis				
Granulosit	H 80.4	%	43.6-73.4	Flowcytometri
Limfosit	L 14.1	%	25-40	Flowcytometri
Monosit	3.8	%	2-8	Flowcytometri

c. Pemeriksaan Diagnostik

Hasil Radiologi

Tanggal 14 januari 2020

- 1) Fraktur transversal komplrit disertai Displacement fragmen tulang pada 1/3 tengah Os Humerus Sinistra, Aposisi dan Alignment kurang baik

Tanggal 15 januari 2020

- 1) Terpasang orif pada 1/3 tengah Os Humerus Sinistra, kedudukan baik
- 2) Tampak garis fraktur pada 1/3 tengah Os Humerus Sinistra, Aposisi dan Algnment lebih baik

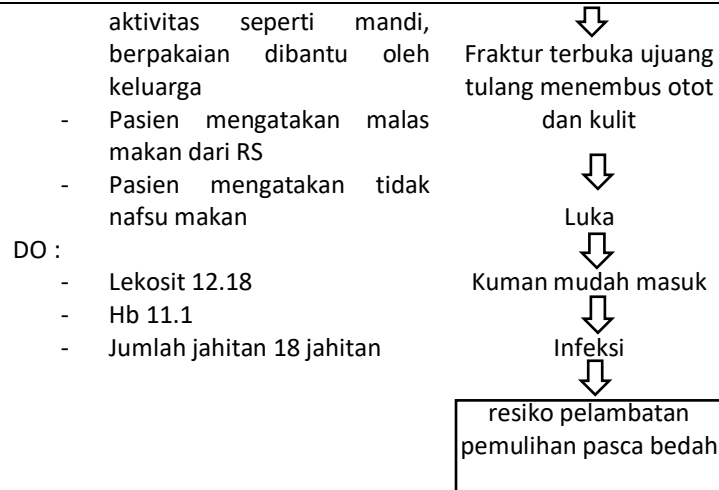
d. Laporan Operasi

- 1) Tanggal operasi : 15 januari 2020
- 2) Lama operasi : 11.00-12.00 WIB
- 3) Dokter bedah : dr.Hardianto, sp. B
- 4) Dokter Anestesi : dr.Urip, sp. An
- 5) Jenis anestesi : Blok Sedasi
- 6) Tindakan : ORIF

8. Analisa data

Table 3.4 Analisa data proses keperawatan Nn. W

NO	Data	Kemungkinan Penyebab	Masalah Keperawatan				
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di lengan kiri bawah - Pasien mengatakan saat bergerak nyeri semakin bertambah <p>P :Saat di gerakan Q :Nyeri seperti di tusuk-tusuk R : 1/3 Humerus tengah Sinistra S :Skala nyeri 6 T : 3-4 menit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada luka di siku kiri - Ada fraktur di lengan 1/3 - Terpasang ORIF di 1/3 lengan kiri - Pasien tampak meringis kesakitan menahan nyeri - TD : 110/80 mmHg - N : 84x/menit 	<p>Tindakan operasi ORIF</p> <p>↓</p> <p>Pemasangan Pen</p> <p>↓</p> <p>Post Operasi</p> <p>↓</p> <p>Diskontinuitas</p> <p>↓</p> <p>Luka</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri akut (Nanda 00132)				
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan jari-jari tangan kiri sering kesemutan - Pasien mengatakan tangan kiri susah digerakkan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada oedema ditangan kiri - Jari-jari tampak kebiruan - Pasien tidak menggerakkan tangan - TD : 110/80 mmHg - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table>	5	3	5	5	<p>Operasi</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan tekanan kapiler</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan histamin</p> <p>↓</p> <p>Protein plasma hilang</p> <p>↓</p> <p>Edema</p> <p>↓</p> <p>Penekanan pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Penurunan perfusi jaringan</p> <p>↓</p> <p>gangguan perfusi jaringan perifer</p>	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (Nanda 00204)
5	3						
5	5						
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan gatal disekitar luka - Pasien mengatakan sebagian 	<p>Trauma langsung atau tidak langsung</p> <p>↓</p> <p>Fraktur (terbuka atau tertutup)</p>	Resikopelambatan pemulihan pasca-bedah (Nanda 00246)				




I. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut b/d agen cedera fisik (prosedur bedah)
- b. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d kurang gerak
- c. Risiko pelambatan pemulihan pasca bedah b/d prosedur pembedahan luas

II. Rencana Keperawatan

Table 3.5 Rencana keperawatan Nn.W

No. DK	Tujuan	Rencana Tindakan	Tanda Tangan
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri yang dilaporkan cukup berat dari skala (2) menjadi tidak ada (5) - Panjangnya periode nyeri dari skala sedang (3) menjadi tidak ada (5) - Ekspresi nyeri cukup berat dari skala(2) menjadi tidak ada (5) <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala 1 : Berat - Skala 2 : Cukup Berat - Skala 3 : Sedang - Skala 4 : Ringan - Skala 5 : Tidak ada 	<p>Manajemen Nyeri (NIC 1400)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, beratnya nyeri, dan factor pencetus - Gali Bersama pasien factor-factor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri - Periksa tingkat ketidaknyamanan Bersama pasien - Berikan informasi mengenai nyeri - Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri - Ajarkan penggunaan Teknik non farmakologi - Dukung istirahat / tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri - Kolaborasi medis untuk pemberian terapi obat <p>Monitor Tanda-Tanda Vital (NIC 6680):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafasan dengan tepat - Monitor warna kulit, suhu, dan kelembaban - Monitor sianosis sentral dan perifer <p>Pemberian Analgesik (NIC 2210)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien - Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan - Cek adanya alergi 	 Endang

-
- Pilih rute intravena daripada rute intramuskular, untuk injeksi pengobatan nyeri yang sering, jika memungkinkan
 - Berikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat
 - Dokumentasikan respon terhadap analgesik dan adanya efek samping

Terapi Relaksasi (NIC 6040)






- Tentukan apakah ada intervensi relaksasi dimasa lalu yang memberikan manfaat
- Berikan deskripsi detail terkait intervensi yang dipilih
- Minta klien untuk rilkes dan merasakan sensasi yang terjadi
- Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan mata tertutup
- Gunakan relaksasi sebagai strategi tambahan obat-obatan nyeri atau sejalan dengan terapi lainnya dengan tepat





Manajemen Lingkungan : Kenyamanan (NIC 6482)




- Monitor kulit terutama daerah tonjolan terhadap adanya tekanan
 - Posisikan klien untuk memfasilitasi kenyamanan
 - Berikan sumber-sumber edukasi yang relevan dan berguna mrngrnai manajemen penyakit dan cedera pada pasien dan keluarga jika perlu
-

III. Catatan Keperawatan

Tabel 3.6 Catatan keperawatan Nn.W


No. DK	Hari/tanggal/ jam	Tindakan	Respon& Hasil	Tanda Tangan
1	Kamis, 16 januari 2020 08.00 WIB	- Melakukan pengkajian nyeri	DS : - pasien mengatakan nyeri di lengan saat digerakkan P : nyeri saat digerakkan Q : seperti ditusuk-tusuk R : Humerus Sinistra S : skala nyeri 6 T : hilang timbul, 3-4 menit DO : - pasien tampak meringis kesakitan	
1	09.00 WIB	- Mengobservasi tanda-tanda vital	DS : - pasien mengatakan masih nyeri di lengan kiri DO : TD : 120/90 mmHg N : 84x/menit	
1	10.00 WIB	- Mengajarkan prinsip manajemen nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam)	DS : - pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah dilakukan Teknik relaksasi nafas dalam DO : pasien tampak tenang, nyeri pasien berkurang dari skala 6 menjadi 5	
1	13.00 WIB	- Memberikan analgesik terapi	DS :- DO : - pasien mau di suntik - Cefazoline 1 gr - Ketorolac 30 mg	
1	14.00 WIB	- Mengatur posisi pasien (semi fowler)	DS : pasien mengatakan nyaman	

			dengan posisi semi fowler DO : pasien tampak tenang	
1	16.00 WIB	- Memberikan informasi mengenai nyeri	DS : keluarga dan pasien mengetahui penyebab nyeri DO : keluarga dan pasien tampak mengerti saat diberikan informasi	
1	18.00 WIB	- Memberikan terapi obat	DS :- DO :- cefazoline 1gr : inj - ketorolac 30 mg : inj - ranitidine 30 mg : inj - celebrex 100 mg : oral	
1	19.00 WIB	- Mendukung istirahat/tidur pasien untuk mengurangi nyeri	DS : pasien mengatakan bila habis disuntuk biasanya tidur DO : pasien tampak mengikuti perintah perawat	
1	Jumat 17 Januari 2020 06.45 WIB	- Mengobservasi tanda-tanda vital	DS : pasien mengatakan mau di periksa DO : TD : 120/80 mmHg - N : 84x/ menit - S : 36,5 °C - RR : 22x/ menit	

1	07.00 WIB	- Melakukan pengkajian nyeri	DS : pasien mengatakan masih nyeri saat digerakkan P : nyeri saat digerakkan Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Humerus Sinistra S : skala nyeri 4 T : hilang timbul DO : - pasien tampak menahan sakit -pasien tampak melindungi bagian yang nyeri	
1	07.30 WIB	- Mengajarkan pasien manajemen nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam)	DS : - pasien mengatakan nyeri ditangan kiri mulai berkurang, Pasien mengatakan skala nyeri menjadi 3 DO : pasien tampak nyaman saat menggerakkan tangan	
	08.30 WIB	- Melakukan Pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang 1. Manajemen obat 2. Manajemen diit 3. Manajemen perawatan luka	DS : pasien dan keluarga mengatakan terima kasih sudah diberikan informasi DO : keluarga memperhatikan saat diberikan informasi	
	10.10 WIB		Pasien diperbolehkan pulang oleh dokter	

IV. Catatan Perkembangan

Tabel 3.7 Catatan Perkembangan Nn. W

No. DP	Hari/ tanggal/ jam	Evaluasi	Tanda tangan
1	Jumat 17 januari 2020 09.00 WIB	S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang P : Nyeri saat digerakkan Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Humerus Sinistra S : Skala nyeri 3 T : Hilang timbul O :- TD : 120/80 mmHg - N : 84 x/ menit - Pasien tampak nyaman saat menggerakkan tangan A : Masalah nyeri belum teratasi P : Pertahankan intervensi (manajemen nyeri Teknik relaksasi nafas dalam)	
	Jumat, 17 januari 2020 10.10 WIB	Pasien dipebolehkan pulang oleh dokter	

B. Pembahasan

Dalam Bab ini penulis akan membahas tentang Pengelolaan Nyeri Akut pada Nn.W dengan post operasi ORIF atas indikasi Fraktur Humerus Sinistra di Ruang Cempaka RSUD Ungaran. Pengelolaan yang diberikan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, catatan keperawatan sampai dengan catatan perkembangan yang dilakukan mulai dari tanggal 16 januari 2020 pukul 07.35 WIB sampai dengan 17 januari 2020 pukul 10.10 WIB. Pembahasan ini dijabarkan

dengan membandingkan temuan di Rumah Sakit dengan teori yang mendukung. Adapula pembahasan dijabarkan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Menurut Herdman (2015) pengkajian adalah langkah pertama yang paling dalam proses keperawatan. Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif yang meliputi tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Hasil pengkajian selama pengelolaan yaitu pasien mengeluh nyeri pada lengan kanan bagian atas. Nyeri tersebut terjadi karena adanya pembedahan atau operasi sehingga terdapat luka baru yang mengakibatkan terjadi rasa nyeri yang dirasakan pasien. Nyeri tersebut mempengaruhi pola aktivitas pasien sehingga harus dibantu oleh keluarga. Saat dilakukan pengkajian didapatkan tanda-tanda vital : Tekanan darah : 110/80 mmHg, RR : 20x/menit S : 36,2 °C, N : 84x/menit. Pasien mengatakan saat bergerak nyeri semakin bertambah. Pasien mengatakan nyeri dilengan kiri, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 6, terdapat luka di siku kiri, terdapat fraktur di lengan 1/3, terpasang ORIF di 1/3 lengan kiri, pasien terlihat tidak menggerakkan tangan, dan pasien tampak meringis kesakitan menahan nyeri.

Nyeri merupakan gejala paling sering ditemukan pada gangguan muskuloskeletal. Nyeri pada penderita fraktur bersifat tajam dan menusuk. Nyeri tajam juga bisa ditimbulkan oleh infeksi tulang akibat spasme otot atau penekanan pada saraf sensoris. Pengkajian nyeri meliputi :P = *Provoking incident/insidens* pemicu), Q = *Quality of pain*, R = *Region*, S = *Severity/Scale of pain*, T = *Time* (Muttaqin, 2011 dalam Saputro, 2016).). Nyeri ini timbul karena adanya luka insisi yang menyebabkan terjadinya kerusakan pada jaringan lunak

dan sensorik. Apabila pembuluh darah terpotong dan rusak maka akan menyebabkan cairan dalam sel akan menuju ke jaringan dan menyebabkan edema (Bardero,2009).

Pada pengkajian nyeri didapatkan data yaitu: P= pasien mengatakan nyeri saat digerakkan, Q = pasien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, R = pasien mengatakan nyeri pada lengan kanan bagian atas, S = skala nyeri 6, T = nyeri hilang timbul kurang lebih 4 menit. Nyeri yang dialami Nn. W tergolong skala nyeri sedang dengan skala 6. Pengelompokan: Skala nyeri 0 tidak ada nyeri, skala nyeri 1-3 adalah nyeri ringan, skala nyeri 4-6 adalah nyeri sedang, skala nyeri 7-10 adalah nyeri berat (Hockenberry, 2008 dalam Azari dkk 2015). Hal ini terjadi karena adanya penanganan fraktur humerus sinistra menggunakan tindakan *ORIF(Open Reduction Internal Fixation)*. *ORIF* merupakan operasi dengan menempatkan kembali tulang yang patah ketempat semula. Pasien mengungkapkan nyeri setelah pembedahan lebih terasa setelah *anestesi* hilang bila dibandingkan dengan sebelum tindakan pembedahan(Muttaqin,2011).

Hasil pengkajian yang penulis kumpulkan sudah sesuai dengan pengkajian fraktur menurut Padila (2012) dan sesuai dengan keluhan pasien selama di Rumah sakit (RSUD Ungaran). Hasil penelitian Majid (2011) dalam Budiman (2018) disebutkan bahwa pasien yang baru saja melakukan operasi biasanya mengeluhkan suhu tubuh meningkat, nandi meningkat, pernafasan cepat dan dalam, bibir dan konjungtiva pucat, dan pasien merasa lemas.

2. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis pada Nn.W, penulis melakukan analisa data dan mengangkat diagnosa keperawatan pada Nn.W berdasarkan prioritas adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (Herdman, 2015). Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2013). Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo, 2010).

Alasan penulis menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik menurut Herdman (2015), nyeri diangkat karena telah memenuhi 80% dari batasan karakteristik nyeri akut yaitu ekspresi wajah nyeri, keluhan tentang intensitas nyeri menggunakan standar skala nyeri, sikap melindungi area nyeri sesuai dengan temuan pada pasien yaitu pasien tampak menahan nyeri, pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 6 (nyeri sedang). Penulis mengangkat diagnosa nyeri akut dengan mengacu dari hasil analisa data dimana data subjektif berdasarkan kriteria mayor yaitu P (*Provocate*)= Nn.W mengatakan nyeri saat digerakkan, Q (*Quality*)= nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, R (*Region*)= nyeri pada lengan kiri bagian atas, S (*Severe*)= skala nyeri 6, T (*Time*)= nyeri hilang timbul selama kurang lebih 4 menit. Sedangkan data obyektif sebagai kriteria minor yaitu pasien tampak menahan nyeri.

Penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur pembedahan) (Herdman, 2015) sebagai prioritas pertama dikarenakan rasa nyeri merupakan keluhan utama pasien dan dapat membuat

pasien merasa tidak nyaman dan apabila rasa nyeri tersebut tidak segera diatasi maka akan mengakibatkan terganggunya psikologis pasien dan dapat meningkatkan emosional pasien yang mengalami nyeri.

3. Intervensi keperawatan

Untuk mengatasi masalah yang dialami Nn.W penulis membuat intervensi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat menurun dengan kriteria hasil Tingkat Nyeri (2102) yaitu: nyeri yang dilaporkan dari nilai 2 (cukup berat) menjadi nilai 5 (tidak ada), panjangnya episode nyeri dari nilai 2 (cukup berat) menjadi nilai 5 (tidak ada), ekspresi wajah nyeri dari nilai 2 (cukup berat) menjadi nilai 5 (tidak ada). Berdasarkan dari diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis merumuskan intervensi keperawatan yang mengacu *Nursing Interventions Classification* dari Bulechek (2013) untuk mengatasi rasa nyeri akut yang berhubungan dengan agens cedera fisik yang dialami Nn.W dengan intervensi yang pertama yaitu lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus dengan rasional untuk pengawasan skala nyeri dan untuk mengetahui perkembangan klien. Dengan adanya keluhan nyeri yang dirasakan klien menjadi berkurang dengan harapan dari skala nyeri 6 menjadi 0. Pengkajian nyeri ini dilakukan untuk membantu dalam membentuk intervensi serta mengatasi nyeri.

Intervensi yang kedua yaitu dengan cara ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan dengan mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana

menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Irawan, dkk, 2018). Terapi relaksasi nafas dalam ini dilakukan untuk menangani nyeri dengan teknik non farmakologi. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dapat merilekskan ketegangan otot-otot pada area yang mengalami insisi atau luka yang kemudian akan mengurangi rasa nyeri yang dirasakan dan meningkatkan kenyamanan pasien serta meningkatkan coping. Menurut Brunner dan Suddarth (2013) dalam Saputro (2016) beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri post operasi. Hasil penelitian menunjukan bahwa teknik relaksasi nafas dalam ini mampu dilakukan oleh seluruh responden (100%), sebagian besar tingkat nyeri yang dirasakan responden sebelum diberikan teknik relaksasi nafas dalam adalah skala 6 atau nyeri sedang dan setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam menjadi skala 3 atau nyeri ringan.

Intervensi ketiga adalah berikan informasi mengenai nyeri seperti penyebab dan aktivitas yang dapat meningkatkan atau mengurangi nyeri. Pemberian informasi bertujuan agar pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang nyeri yang dirasakan pasien.

Intervensi keempat adalah melaksanakan hasil kolaborasi dokter berikan penurun nyeri dengan resep analgesik (Bulechek, 2013). Analgesik merupakan senyawa obat yang berfungsi untuk menekan atau meringankan rasa nyeri jika digunakan dalam dosis terapi yang efektif. Penggunaan analgesik yang berlebihan memiliki efek samping berupa diskaria darah, komplikasi gastrointestinal, hepatotoksik, nefropati analgesik dan reaksi hipersensitivitas

(Azzami, 2019). Pemberian obat penurun nyeri yaitu ketorolak dapat membuat Nn.W lebih rileks dan tenang. Menurut penelitian yang dilakukan Prabandari, dkk (2018) jenis analgesik pascaoperasi yang efektif adalah jenis analgesik non-opioid seperti ketorolak. Jenis analgesic non-opioid digunakan tidak hanya pada jenis operasi derajat nyeri ringan, namun terhadap operasi derajat nyeri sedang dan berat.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan menurut Setiadi (2012) adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi yang dilakukan bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri yang dialami oleh pasien

Dari rencana yang telah penulis susun maka akan dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam dimulai pada hari pertama pada tanggal 16 Januari 2020, untuk implementasi pada hari pertama yaitu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 120/90 mmHg Nadi: 84x/menit. Menurut Guyton and Hall (2014) dalam Wahyudi B, dkk (2019) nyeri dapat mengakibatkan peningkatan stimulasi emosi dan kecemasan karena nyeri akut atau berat sehingga dapat mempengaruhi tanda-tanda vital pasien.

Melakukan pengkajian nyeri komprehensif (PQRST) yang meliputi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus dengan tujuan untuk mengetahui nyeri yang dirasakan pasien dan menentukan tindakan keperawatan. Dari hasil pengkajian nyeri: pasien mengatakan nyeri luka post operasi, nyeri dilengan kiri atas, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, hilang timbul selama 4 menit. Memberikan informasi mengenai nyeri yang dialami pasien disebabkan karena luka post operasi ORIF.

Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti teknik relaksasi nafas dalam. Relaksasi nafas dalam adalah pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Dari penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ayudianningsih dan Novarizki Galuh (2010), dalam Nurdin S, dkk (2013) didapatkan hasil tingkat nyeri responden sebelum perlakuan pada kelompok eksperimen dan kelompok control sebagian besar mengalami nyeri hebat, tingkat nyeri responden sesudah perlakuan pada kelompok eksperimen sebagian besar mengalami nyeri sedang dan ringan sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata mengalami nyeri hebat dan pasien pasca operasi fraktur femur di Rumah Sakit Karima Utama Surakarta, dan Ada pengaruh yang signifikan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien pasca operasi fraktur femur antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol di Rumah Sakit Karima Utama Surakarta ($p= 0,006$). Jadi hasil penelitian ini menunjukkan bahwa teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri pada pasien pasca operasi fraktur secara bermakna. Efek dari terapi ini ialah pasien rileks dan lebih tenang karena nyeri yang dirasakan menurun (Setyoadi, dkk, 2011). Setelah diajarkan Teknik relaksasi nafas dalam pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam dengan benar. Setelah diberikan Teknik relaksasi nafas dalam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 5.

Memberikan penurun nyeri dengan resep analgesik. Memberikan penurun nyeri yang dilakukan adalah memberikan injeksi Ketorolac 30mg/8jam melalui Intravena (IV) dan obat oral Celebrex 100mg 1x1 yang telah disesuaikan dengan advis dokter. Efektivitasnya terhadap jenis operasi derajat nyeri ringan sebanyak 100%, nyeri sedang sebanyak 86% dan derajat nyeri berat 0%.

Menurut penelitian Sumarwanto (2015) yang dilakukan pada tanggal 24 Februari sampai dengan 25 Februari tahun 2015 terdapat data dari bulan November, Desember dan Januari sebanyak 380 pasien yang dilakukan operasi di Rumah Sakit Bhayangkara Polda Pontianak. Dari hasil wawancara yang dilakukan pada 5 pasien didapatkan data 4 pasien mengalami nyeri sedang dan 1 pasien mengatakan tidak nyeri karena sudah mendapatkan terapi farmakologi (obat penurun nyeri).

Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur yang cukup untuk mengurangi rasa nyeri dan pasien mengatakan biasanya setelah minum obat pasien tidur.

Implementasi hari kedua melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg Nadi: 84x/ menit Suhu: 36,5 °C Respirasi: 22x/ menit. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif (PQRST) yang meliputi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus dengan tujuan untuk mengetahui nyeri yang dirasakan pasien dan menentukan tindakan keperawatan. Dari hasil pengkajian nyeri: pasien mengatakan nyeri luka post operasi, nyeri dilengan kiri atas, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4, hilang timbul selama 4 menit.

Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti teknik relaksasi nafas dalam. Relaksasi nafas dalam adalah pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Setyoadi, dkk, 2011). Setelah diajarkan Teknik relaksasi nafas dalam pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam dengan benar.

Setelah diberikan Teknik relaksasi nafas dalam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011). Jenis evaluasi yang digunakan penulis adalah evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan diakhir pengelolaan pasien.

Pada diagnosa keperawatan nyeri yang muncul pada Nn. W, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, hasil evaluasi yang dilakukan pada hari Jumat 17 Januari 2020 jam 09.00 WIB yaitu :

S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang

P : Nyeri saat digerakkan

Q : Seperti ditusuk-tusuk

R : Humerus Sinistra

S : Skala nyeri

T : Hilang timbul

O : - TD : 120/80 mmHg, N : 84 x/ menit, Pasien tampak nyaman saat menggerakkan tangan

A : Masalah nyeri belum teratasi

P : Pertahankan intervensi (manajemen nyeri Teknik relaksasi nafas dalam)

Karena pasien diperbolehkan pulang maka intervensi selanjutnya yaitu anjurkan pasien untuk melakukan teknik non farmakologi relaksasi nafas dalam selama dirumah dan anjurkan pasien untuk rutin minum obat anti nyeri.