

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian

Pengkajian ini dimulai pada hari Selasa, 2 Februari 2021 pukul 13.00 WIB di Desa Kertosari Kecamatan Jumo Kabupaten Temanggung dengan metode autoanamnesa dan allowanamnesa. Data yang diperoleh terdiri identitas, alasan masuk, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pengkajian fungsional, dan data penunjang pasien.

Pada pengkajian identitas didapatkan Tn. S berusia 53 tahun beralamat di Desa Kertosari, pasien beragama islam, pendidikan terakhir yaitu S1, status saat ini sudah menikah dan berkerja sebagai kepala desa. Kondisi saat ini pasien lebih banyak meghabiskan waktu pemulihan dengan berbaring atau duduk.

Riwayat kesehatan sebelum operasi pasien mengatakan terdapat benjolan di bawah lutut, kemudian di priksakan ke puskesmas dan dirujuk ke rumah sakit untuk dilakukan penanganan lebih lanjut.

Pada pengkajian dilakukan alasan pengelolaan didapatkan data Tn.S mengatakan sulit melakukan aktivitas sehari-hari setelah operasi dikarenakan luka jahitan setelah operasi yang membuat pergerakannya terbatas.

Pengkajian pemeriksaan fisik pasien untuk keadaan umum pasien tampak sehat, kesadaran komposmentis dengan GCS : E4, M6, V5 dan

tanda-tanda vital normal. Ekstremitas bawah pasien tidak ada pembatasan gerak, tidak ada fraktur dan lutut sebelah kanan terasa nyeri saat ditekuk dikarenakan ada bekas luka jahitan operasi yang belum pulih dengan kekuatan otot penuh melawan gravitasi dengan tompangan.

Pada pengkajian perawatan diri di rumah seperti BAK,BAB, mandi, makan dan berpakaian bisa pasien lakukan dengan mandiri namun di siapkan dulu oleh anggota keluarga.

2. Diagnosa

Hasil pengkajian yang lalu dilakukan analisa data. Analisa data dilakukan dengan pengelompokan data subyektif maupun obyektif. Data utama yang didapatkan yaitu data subyektif pasien mengatakan lutut kanannya belum bisa ditekuk dengan sempurna dan sulit melakukan aktivitas setelah operasi. Data obyektif yaitu lutut kanan pasien belum bisa ditekuk dengan sempurna dan terlihat luka bekas jahitan operasi. Dari analisa tersebut dapat ditegakan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatasan gerak.

3. Intervensi

Intervensi disusun berdasarkan prioritas masalah. Pada masalah gangguan mobilitas fisik intervensi disusun berdasarkan tujuan yang ingin dicapai. Cara untuk mengatasi diagnose gangguan mobilitas fisik disusunlah dukungan proses dengan tujuan setelah pertemuan 3x24 jam pasien mampu melakukan mobilitas dengan berbaring atau duduk dengan mandiri.

Intervensi kedua yaitu dukungan ambulansi dengan mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pada ambulansi sederhana sesuai toleransi

Intervensi yang ketiga yaitu dukungan kepatuhan program pengobatan dengan cara membuat komitmen dengan klien menjalankan program pengobatan dengan baik dan mengingatkan pasien meminum obat setelah makan

4. Implementasi

Implementasi keperawatan kepada pasien dilakukan sesuai intervensi yang telah disusun. Implementasi ini dilakukan selama 3 hari. Hari pertama Sabtu 13 Februari 2021 yaitu mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan seperti berjalan namun pasien berusaha untuk tidak menekuk lututnya, menganjurkan pasien megkonsumsi obat setelah makan, membuat komitmen menjalai program pengobatan dengan baik, mengajarkan pergerakan ROM/mobilisasi sederhana yang bisa dilakukan di tempat tidur dan mengajarkan ambulansi sederhana sesuai toleransi.

Implementasi hari ke dua Minggu 14 Februari 2021 yaitu memberikan fisioterapi mandiri dengan kompres hangat yang ditempel di persendian diarea yang tidak sakit dan menganjurkan pasien melakukan mobilitas secara mandiri, dengan diawasi dan di damping oleh keluarga.

Implementasi hari ke tiga Sabtu Februari 2021 yaitu menganjurkan pasien meminum obat tepat waktu sesuai jadwal.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada pertemuan hari ke tiga. Evaluasi dilakukan setelah selesai melakukan implementasi, didapatkan data subyektif pasien mengatakan saat mengerjakan kakinya masih terasa sakit setelah melakukan mobilisasi sederhana yang telah diajarkan, namun belum leluasa melakukan aktivitas sehari-hari. Data obyektifnya pasien tampak kesakitan saat menekuk atau mengerjakan lututnya. Pada masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. Pada rencana lanjut lanjutkan intervensi mobilisasi, ambulansi, dan pemberian obat.

B. Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas tentang pengelolaan gangguan mobilitas fisik pada Tn. S dengan post operasi lipoma, yang telah dilaksanakan selama 3 hari dari tanggal 13-14 Februari dan tanggal 20 Februari 2021 di Desa Kertosari Kecamatan Jumo Kabupaten Temanggung. Pada bab ini penulis akan membahas lebih dalam mengenai kasus diatas diawali dari pengkajian hingga evaluasi dan akan membandingkan hasil temuan dan masalah keperawatan dengan teori.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah hasil pengkajian yang penulis lakukan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan beberapa metode seperti wawancara, observasi dan studi pendahuluan (Direja, 2011). Dari pengkajian didapatkan data identitas pasien meliputi nama pasien Tn. S yang beralamat di Desa Kertosari, Kecamatan Jumo, Kabupaten

Temanggung, berumur 53 tahun dengan diagnose medis Lipoma Intra-artikular. Terdapat hasil pengkajian berupa data subyektif yaitu pasien mengatakan terdapat benjolan di lutut sebelah kanan hingga terjadi operasi pembedahan untuk mengangkat lipoma yang mengakibatkan gangguan mobilitas fisik setelah operasi. Pasien mengatakan aktivitasnya terhambat, luka jahitan operasi.

Sedangkan pada data obyektif, hasil operasi : terdapat luka operasi pada bagian lutut sebelah kanan. Pada Tn. S ini termasuk dalam fase awal penyembuhan luka atau inflamasi. Pasien tampak terganggu dalam beraktivitas maupun bergerak karena bekas luka jahitan operasi yang belum pulih. Dalam hal ini mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, dan mempunyai tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan (Ambarwati, 2014).

Uraian di atas merupakan data-data hasil pengkajian yang merupakan data subjektif. Selanjutnya data lain yang mendukung berupa data obyektif. Data obyektif disini memiliki fungsi penting untuk mendukung tegaknya masalah keperawatan. Data obyektif merupakan data yang diobservasi dan diukur oleh perawat (Oda, 2013).

Berdasarkan data subyektif dan data obyektif yang didapatkan dari pengkajian, terdapat beberapa data yang sesuai dengan tanda dan gejala yang mengarah pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Dari data obyektif data masalah gangguan mobilitas fisik adalah lutut kanan

pasien tidak bisa ditekek dengan sempurna, kekuatan otot kaki kanan menunjukkan nilai gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan tompangan, terdapat bekas luka jahitan setelah operasi di lutut sebelah kanan, terasa nyeri saat ditekek, bisa digerakan tapi tidak untuk beraktivitas, dan tidak ada fraktur.

2. Diagnosa Keperawatan

Hasil dari data fokus diarahkan ke penegakan diagnosa. Diagnosa keperawatan dapat ditegakkan jika data-data yang ada memenuhi batasan karakteristik diagnosa khususnya sebagian besar diperoleh pada data pengkajian.

Penulis menentukan bahwa diagnosa keperawatan yang terjadi pada Tn. S adalah gangguan mobilitas fisik. Menurut Nanda, 2011 hambatan mobilitas fisik merupakan keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nanda, 2011).

Kondisi pembedahan adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (Sjamsuhidajat R, 2011)

Pembedahan menyebabkan gangguan mobilitas fisik karena menurunnya massa otot sebagai dampak imobilitas dapat menyebabkan turunnya kekuatan otot secara langsung.

Sesuai dengan data yang ditemukan. Menurut SDKI (2018), diagnosa gangguan mobilitas fisik ditegakkan berdasarkan data subyektif dan data obyektif pasien. Dengan data subyektif yaitu pasien mengatakan

lutut kanannya belum bisa ditekek dengan sempurna, dan data obyektif berupa lutut kanan pasien tidak bisa ditekek dengan sempurna karena masih ada bekas jahitan luka setelah operasi. Jika dibandingkan maka data yang ada sudah sesuai dengan teori, maka tepat jika diagnosa gangguan mobilitas fisik ditegakkan menjadi masalah keperawatan klien.

Penulis menetapkan Gangguan Mobilitas Fisik sebagai diagnosa prioritas utama yang harus ditangani karena bersifat aktual. Diagnosa aktual ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien beresiko mengalami masalah kesehatan (SDKI, 2016). Karena merupakan masalah aktual maka harus segera dilakukan tindakan untuk mengatasinya.

3. Intervensi

Setelah diagnosa keperawatan ditegakkan, penulis akan membahas lebih dalam mengenai intervensi yang digunakan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatasan gerak. Penulis akan mencoba membandingkan kemungkinan adanya kesejangan antara teori dengan fakta dilapangan, intervensi adalah tahap ketiga dari proses keperawatan dengan membuat prioritas menetapkan tujuan dari membuat dari kriteria hasilnya. Merencanakan intervensi keperawatan yang akan diberikan termasuk tindakan mandiri dan kolaborasi dengan tenaga medis lainnya (Debora, 2013).

Sebelum tindakan penulis menyusun intervensi keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan tingkat Gangguan Mobilitas Fisik berhasil

dengan kriteria hasil yaitu : Pergerakan ekstremitas dari skala 2 (menurun) menjadi skala 5 (meningkat).

Intervensi keperawatan dukungan pada gangguan mobilitas fisik yaitu dengan observasi identifikasi kekuatan otot dalam toleransi fisik melakukan pergerakan, dengan mengidentifikasi pergerakan apa saja yang di perbolehkan kepada pasien.

Intervensi yang kedua yaitu adalah mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, yaitu dengan mengkaji apakah ada pergerakan pasien yang menyebabkan nyeri dan keluhan fisik dikarenakan gangguan mobiltas fisik.

Intervensi yang ke tiga yaitu identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, dengan menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi mandiri yang telah diajarkan dan mengkonsumsi dan menghabiskan obat yang di resepkan dokter dengan tepat waktu.. Pengertian dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada seseorang baik itu moril maupun material untuk memotivasi orang lain dalam melaksanakan suatu kegiatan (Notoatmojo, 2012).

4. Implementasi

Implementasi adalah proses keperawatan tahap keempat dari proses keperawatan yang merupakan tindakan yang sudah direncanakan dan dalam rencana keperawaatan diaplikasikan kepada klien mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi (Debora, 2012; Tarwoto & Wartonah, 2015) Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S secara umum

merupakan implementasi dari rencana yang telah disusun oleh penulis, tindakan keperawatan dilakukan selama tiga hari.

Penulis melakukan implementasi pada klien sesuai dengan intervensi yang disusun. Tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat dan diaplikasikan pada klien, tindakan yang dilakukan bisa sama dan mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan.

Untuk mengatasi masalah manajemen gangguan mobilitas fisik pada Tn.M penulis telah melakukan implementasi sesuai dengan intervensi keperawatan.

Implementasi yang pertama adalah monitor tanda-tanda vital dapat mengetahui kondisi pasien saat itu, TD : 110/70 mmHg, Nafas : 23 x/menit, Suhu : 35°C, Nadi : 92 x/menit. Dilakukannya pemeriksaan tanda-tanda vital adalah untuk mengetahui kondisi pasien saat dilakukan tindakan dalam kondisi normal dan bisa dilakukan tindakan untuk mengurangi masalah gangguan mobilitas fisik pada klien.

Implementasi kedua mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, dengan memperbolehkan pasien dengan kehati-hatian saat pasien berjalan agar tidak menekuk lututnya. Serta gerakan dan aktivitas apa saja yang boleh dilakukan oleh pasien dalam program pembatasan gerak.

Implementasi yang ketiga mengajarkan pergerakan ROM/mobilisasi sederhana sesuai dengan toleransi dan melakukan pengaturan posisi tubuh sesuai kebutuhan pasien (Saputra, 2013) Seperti saat pasien mencoba menggerakkan lutut kanannya tidak ditekuk secara

maksimal, maka pasien melakukan gerakan ROM/mobilisasi pada anggota badan lainnya. Karena gangguan mobilitas fisik pada pasien dengan luka bekas operasi jahitan yang menyebabkan pasien belum bisa menekuk lutut kanannya dengan sempurna.

Intervensi yang keempat yaitu pemberian obat, dengan obat paracetamol untuk membantu mengobati nyeri atau sakit ringan hingga sedang dan demam, norflam untuk meredakan inflamasi atau pembengkakan yang terjadi pada semua kondisi operasi dan infeksi, cefadroxil untuk Antibiotik untuk mengatasi infeksi bakteri di tenggorokan, sauran kencing, kulit atau jantung, dexketoprofen tromethamol untuk anti nyeri untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang, akibat kondisi tertentu dan caviplek sebagai suplemen vitamin. Kemudian menganjurkan pasien meminum obatnya tepat waktu dan mengkonsumsi obatnya sampai habis.

5. Evaluasi

Tiap tindakan yang telah penulis lakukan akan diikuti dengan evaluasi. Evaluasi yang penulis lakukan adalah evaluasi formatif dan sumatif yaitu evaluasi langsung setelah tindakan dan evaluasi akhir dari keseluruhan tindakan. Menurut Riasmini (2017) evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, evaluasi diperlukan untuk melihat keberhasilan. Tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses asuhan keperawatan pada akhir pemberian asuhan keperawatan.

Evaluasi pada hari Sabtu, 20 Februari 2021 didapatkan hasil evaluasi dengan pasien mengatakan badannya lebih segar setelah melakukan gerakan mobilisasi namun belum leluasa melakukan aktifitas ditandai dengan pasien tampak lebih nyaman.

Kesimpulan dari evaluasi diatas yaitu masalah belum teratasi, oleh karena itu rencana keperawatan yang akan dilakukan penulis yaitu menganjurkan pasien melakukan mobilisasi sederhana/gerakan ROM secara mandiri dan menganjurkan pasien untuk menghabiskan obatnya dan meminumnya tepat waktu.