

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi penelitian bertempat di RSUD Anwar Medika. Rumah sakit Anwar Medika adalah rumah sakit umum (RSU) milik Swasta dan merupakan salah satu rumah sakit tipe C yang terletak di wilayah Krian, Sidoarjo. Rumah sakit ini memberikan pelayanan di bidang kesehatan yang didukung oleh layanan dokter spesialis serta ditunjang dengan fasilitas medis lainnya.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien

- a. Nama : Tn. S
- b. Usia : 65 Tahun
- c. Jenis kelamin : Laki laki
- d. Suku : Jawa
- e. Agama : Islam
- f. Pendidikan : SMA
- g. Alamat : Berat kulon, Kemlagi

2. Riwayat penyakit

- a. Keluhan utama : Klien mengatakan sakit pada luka
fraktur femur
- b. Riwayat penyakit sekarang : Klien mengatakan bahwa ia mengalami kecelakaan dan dibawa ke RS oleh warga sekitar dan didapatkan hasil pemeriksaan TD : 140/70 mmHg, N : 94 x/menit, RR : 24x/menit, S : 36,7 C

P : Nyeri ketika bergerak

Q : Seperti tertusuk sesuatu

R : Paha kanan

S : Skala 6

T : Saat digerakkan terasa nyeri

- c. Riwayat penyakit dahulu : Klien mengatakan tidak memiliki penyakit DM, TB, Hipertensi Stroke, dll
- d. Riwayat penyakit menular : Klien mengatakan bahwa ia tidak memiliki penyakit menular seperti TB, dll
- e. Riwayat penyakit keluarga : Klien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menurun

3. Perubahan Pola kesehatan :

1. Pola Nutrisi

Sebelum MRS	Setelah MRS
Klien mengatakan dirumah ia makan 3x sehari dengan nasi, lauk pauk, serta sayuran dan minum sekitar 1000cc/hari	Klien makan 3x sehari dengan nasi, lauk pauk, serta sayuran dan minum sekitar 1000c/hari

2. Pola Eliminasi

Sebelum MRS	Setelah MRS
Klien BAB 1x sehari, BAK 3-4x sehari kurang lebih 500cc	Klien BAB 1x sehari, BAK 2-3x sehari kurang lebih 400cc.

3. Pola Istirahat Tidur

Sebelum MRS	Setelah MRS
Klien mengatakan susah tidur. Saat dirumah 6-8 jam sehari mulai jam 21.00-04.00 WIB dank lien jarang tidur siang	Klien mengatakan susah tidur dikarenakan tidak nyaman karena nyeri. Tidur hanya 4-6 jam sehari dan sering terbangun

4. Personal hygiene

Sebelum MRS	Sesudah MRS
Klien mandi 2-3x sehari, ganti pakaian 1-2x sehari, keramas 2 hari sekali dan menggosok gigi 1x sehari	Klien diseka oleh keluarganya 2x sehari pagi dan sore, ganti pakaian 1x sehari, belum keramas selama di RS dan menggosok gigi 1x sehari

4. Tabel Pemeriksaan Fisik

Observasi	Data Klien
TD	140/70 mmHg
N	94x/menit
S	36,7°C
Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)	
Kepala	Inspeksi : kulit kepala bersih, bentuk kepala simetir, warna rambut hitam, tidak ada lesi

	<p>Palpasi : Tidak ada oedema, tidak ada benjolan</p>
Leher	<p>Inspeksi : warna leher sawo matang, tidak ada perbedaan warna, tidak ada pembesaran kelenjar</p> <p>Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar, tidak ada nyeri</p>
Wajah	<p>Inspeksi : Warna kulit wajah sawo matang, bentuk simetris, adanya luka dipipi bagian kanan dan dahi</p> <p>Palpasi : Adanya nyeri tekan pada pipi kiri dan dahi, tidak ada oedema</p>
Mata	<p>Inspeksi : Bentuk simetris, kelopak mata normal, konjungtiva merah muda, tidak memakai kacamata</p>
Telinga	<p>Inspeksi : Ukuran telinga kanan dan kiri sama, bentuk simetris, pendengaran normal</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada daun telinga</p>

Hidung	Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan.
	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, gigi lengkap
Mulut	Inspeksi : Warna mukosa mulut pink, lembab, tidak ada lesi
	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, gigi lengkap
Paru	Inspeksi : Bentuk dan postur dada normal, tidak ada penonjolan paru, tidak ada oedema
	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
	Auskultasi : suara nafas vasikuler, tidak ada suara tambahan
Jantung	Auskultasi : Suara jantung I/S1 (lub), suara jantung II/S2 (dub), tidak ada bunyi tambahan
Abdomen	Inspeksi : Tidak ada pembesaran hepar, tidak ada lesi.
	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Inguinal, genitalia, anus	Inspeksi : Tidak ada lecet
Pemeriksaan esktremitas atas	Inspeksi : ada lecet pada telapak tangan kanan, siku dan bahu kanan
	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kedua tangan
Pemeriksaan esktremitas bawah	Inspeksi : Terdapat luka pada bagian paha kanan. Adanya keterbatasan gerak pada kaki kanan dikarenakan nyeri P : Nyeri ketika bergerak Q : Seperti tertusuk sesuatu R : Paha kanan T : Saat digerakkan terasa nyeri
Data psikososial spiritual	Klien mengatakan pasrah dan menerima penyakitnya tersebut dan menyerahkan kepada allah

5. Tabel Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Radiologi	Terdapat fraktur pada klien
Lab. Pemeriksaan darah lengkap	
Leukosit (WBC)	8,821
Neutrofil	4,6
Limfosit	2,9

Monosit	0,5
Eosinophil	0,3
Basophil	0,1
Neutrophil %	55,6 %
Limfosit %	34,5 %
Monosit %	5,8 %
Eusinofil %	3,4 %
Basofil %	0,7 %
Eritrosit (RBC)	5,048 x 10 ⁸ /μ
Hemoglobin (HGB)	L 9, 62 g/ Dl
Hematokrit (HCT)	L 32,65 %
MCV	L 64,68 μm ³
MCH	L 19,06 pg
MCHC	L 29,48 g/dL
RDW	H 17,61 %
PLT	H 43310 ³ /μL
MPV	6,382 Fl
KIMIA KLINIK	
Gula darah sewaktu	

6. Terapi pengobatan

Terapi pengobatan

Infus NaCl

RL 1000 cc

Injeksi Ondansetron 2x1 mg

Injeksi Antrain 3x500 mg

Injeksi Ceftriaxone 2x1 mg

Injeksi Dexametason 5 mg/ml

Injeksi Ketorolac 3x30 mg

Injeksi Ranitidine 2x50 mg

Oral : Xarelto 1x1

4.1.3 Analisa data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Ds : Klien mengatakan nyeri pada luka fraktur femur	Trauma langsung, trauma tidak langsung, kondisi patologis ↓	Nyeri akut
Do : k/u lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6,	Fraktur (terbuka atau tertutup) ↓	

terpasang kateter dengan ukuran 16	Kehilangan integritas tulang
TD : 140/70 mmHg	↓
N : 94 x/menit	Ketidakstabilan posisi fraktur apabila organ digerakkan
S : 36,7 C	
RR : 24x/menit	
P : Nyeri ketika bergerak	↓
Q : Seperti tertusuk sesuatu	Fragmen tulang yang patah menusuk organ sekitar
R : Paha kanan	↓
S : Skala 6	Nyeri akut
T : Saat digerakkan terasa nyeri	

4.1.4 Tabel Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan
Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik

4.1.5 Tabel Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
Nyeri berhubungan dengan pencedera fisik akut agen	<p>Setekah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri yang dialami klien mengalami penurunan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang 3. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 4. Tanda tanda vital dalam rentang normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda tanda vital 2. Berikan informasi mengenai nyeri 3. Melakukan perawatan luka 4. Lakukan pengkajian nyeri komprehensi f yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas dan faktor pencetus 5. Pastikan perawatan analgesik pada klien dilakukan

-
- dengan pemantauan yang ketat
6. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyaman.
 7. Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat
 8. Periksa tingkat ketidaknyaman
 9. Modifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon klien
-

4.1.6 Tabel implementasi keperawatan

Hari/ tanggal	Jam	Implementasi keperawatan	Paraf
1-sept- 2021	08.00	Menjelaskan pada klien penyebab nyeri bisa terjadi : bahwa nyeri yang dirasakan tersebut akibat dari patah tulang yang dialaminya	
	08.30	Melakukan pengkajian nyeri. P : Nyeri ketika bergerak Q : Seperti tertusuk sesuatu R : Paha kanan S : Skala 6 T : Saat digerakkan terasa nyeri	
	09.30	Mengganti cairan infus RL 20 tpm	
	10.00	Mengobservasi tanda-tanda vital. TD : 140/70 mmHg N : 94 x/menit S : 36,7°C RR : 24x/menit	

2-sept- 2021	08.00	Memposisikan klien nyaman mungkin yaitu posisi semifowler
	08.30	Mengobservasi tanda-tanda vital. TD : 140/70 mmHg N : 94 x/menit S : 36,7°C RR : 24x/menit
	09.30	Memposisikan klien nyaman mungkin yaitu posisi semifowler
	10.00	Memberikan injeksi cefotaxime 1 gr dan injeksi cetorolac 10 mg
3-sept- 2021	08.00	Mengobservasi tanda tanda vital. TD : 140/70 mmHg N : 94x/menit S : 36,7°C RR : 24 x/menit
	08.30	Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi. Apabila nyeri timbul klien dapat melakukan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam melalui hidung, tahan sekitar 1-2 detik dan keluarkan nafas pelan-pelan. Sedangkan teknik distraksi apabila nyeri timbul bisa dilakukan dengan berbincang bincang,

	menonton tv, dan mendengarkan musik
09.30	Mengganti infus RL 20 tpm
10.00	Meningkatkan aktivitas klien yaitu menggerakkan kakinya supaya aliran darah lancar dan tidak terjadi oedema

4.1.7 Tabel evaluasi keperawatan

Hari/tanggal	Catatan perkembangan	Paraf
Rabu/1-sept-2021	<p>S : klien mengatakan nyeri pada luka</p> <p>O : k/u lemah, GCS 456, composmentis, terpasang kateter tampak sakit saat menggerakkan kakinya, luka berwarna merah. Skor kemandirian pasien sedang-mandiri. Skala 6</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>N : 94x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p> <p>RR : 24x/ menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi nomor (2,3,4,5,6,7,8</p>	

Kamis/2-sept-2021

S : klien mengatakan nyeri pada luka sedikit berkurang

O : k/u lemah, GCS 456, kesadaran composmentis, terpasang kateter, luka berwarna merah. Nyeri sedikit berkurang. Skor kemandirian pasien sedang-mandiri. Skala 5

TD : 140/70 mmHg

N : 92 x/menit

S : 36,3 °C

RR : 22x/menit

A : Masalah teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi nomer (2,3,4,5,6,7,8

Jum'at/3-sept-2021

S : Klien mengatakan nyeri pada luka berkurang

O : k/u lemah, GCS 456, Kesadaran composmentis, terpasang kateter, luka berwarna merah. Skala 4

TD : 140/70 mmHg

N : 90 x/menit

S : 36,5 °C

RR : 22x/menit

A : Masalah teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi nomer
(2,3,4,5,6,7,8)

4.2 Pembahasan

Pembahasan merupakan kesenjangan dari tinjauan pustaka dan tinjauan kasus untuk menjawab tujuan pada penelitian. Kesenjangan dijelaskan dengan konsep pembahasan mengapa dan bagaimana dengan penulisan berdasarkan F-T-O (Fakta-Teori-Opini) kemudian isi pembahasan sesuai dengan tinjauan kasus yaitu

4.2.1 Pengkajian

1. Subyektif

Data subyektif pada tinjauan kasus diatas didapatkan keluhan klien adalah nyeri pada luka fraktur femur sebelah kanan

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini semua keluhan yang dirasakan klien merupakan dampak dari luka, sehingga peneliti dapat menarik kesimpulan bahwa fakta dan teori terdapat kesamaan.

Berdasarkan pengkajian peneliti pada studi kasus ini didapatkan bahwa klien mengatakan nyeri pada luka femur

2. Obyektif

Data obyektif pada observasi tanda tanda vital didapatkan baha Tn. S luka tidak mengalami pembengkakan dan mengalami nyeri dengan skala 6. Peneliti mengkaji nyeri dengan Numeric Rating Scale, Skala nyeri jenis ini adalah yang paling sering digunakan. Saat mengukur rasa nyeri, pasien diminta untuk memilih angka dari 0-10, dengan penjabaran sebagai berikut: Angka 0 artinya tidak nyeri, Angka 1-3 nyeri ringan, Angka 4-6 nyeri sedang, Angka 7-10 nyeri berat

Pemeriksaan tanda tanda vital Tn. S didapatkan TD : 140/70 mmHg, N : 94 x/menit, RR : 24 x/menit , S : 36 °C

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien diatas dari hasil pengkajian, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostic yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami adalah nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak yang di ikuti oleh reaksi fisik, fisiologis dan emosional (Hidayat Aziz, 2016, hal 124)

Menurut peneliti pada studi kasus ini ditemukan bahwa klien mengalami rasa nyeri dikarenakan fraktur femurnya, sehingga klien mengalami nyeri

4.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien adalah pemberian rasa nyaman. Kriteria hasil pada klien diatas meliputi : mampu mengontrol rasa nyeri, melaporkan bahwa nyeri berkurang, menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, dan tanda-tanda vital dalam rentang normal

Menurut teori Styohadi,Sally & Putu (2016) munculnya masalah yang sangat bervariasi, peran perawat sangat dibutuhkan guna membantu penyelesaian masalah yang dihadapi klien seperti contohnya penyuluhan kepada masyarakat tentang tindakan yang dilakukan untuk menurunkan nyeri dan cara atau teknik menurunkan nyeri

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini ditemukan bahwa pada intervensi monitor nyeri pada klien meliputi : mengontrol rasa nyeri, memonitor luka (luka berwarna merah, tidak ada pembengkakan pada klien dengan skala 6 dan tanda tanda vital dalam rentang normal

4.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien telah sesuai dengan intervensi keperawatan

Menurut teori Nursalam (2016) implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan atau hasil yang ditentukan. Kegiatan dalam implementasi merupakan tindakan langsung kepada klien dan observasi respon klien setelah dilakukan tindakan tersebut

Menurut peneliti pada penelitian ini implementasi keperawatan yang dilakukan sudah sesuai dengan intervensi yang ada seperti monitor keadaan luka, melakukan terapi non farmakologi seperti mengontrol rasa nyeri pada klien saat nyeri tiba tiba muncul, dan telah ditambah beberapa implementasi tambahan yang bisa membantu penyembuhan klien berdasarkan pemikiran peneliti

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada klien dilakukan selama tiga hari berturut turut dan data yang didapatkan pada hari pertama pada klien didapatkan GCS 4/5 dengan kesadaran composmentis, luka nampak baik, luka pada kaki kanan bagian paha, TD : 140/70 mmHg, N: 94 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 36,7 °C dengan skala nyeri 6 dan pada hari ke 2 dan 3 nyeri berkurang dengan skala 5.

Menurut teori Nursalam (2016) evaluasi merupakan sesuatu yang direncanakan dan perbandingan sistemik pada status kesehatan klien. Perawat dapat menentukan efektifitas asuhan keperawatan dengan melihat dan mengukur perkembangan klien.

Menurut peneliti pada penelitian ini evaluasi pada klien tersebut bisa terjadi perubahan yang dipengaruhi oleh kondisi klien, selain itu perubahan kondisi pada klien juga karena intervensi yang diberikan sesuai dengan kondisi klien. Pemulihan nyeri pada klien akan membaik apabila klien melakukan teknik relaksasi.

