

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi pengambilan data

Pelaksanaan pengambilan data dan klien dilakukan di RSI Sakinah Mojokerto yang beralamat di JL. RA Basoeni Kecamatan Sooko Kabupaten Mojokerto. Pengambilan data dan klien dilakukan di ruang rawat inap Sunan Gunung Jati 2, ruang rawat inap Sunan Gunung Jati 2 terdiri dari 12 ruang kamar rawat inap, setiap ruang kamar inap terdiri dari 2 Bed. Klien dirawat di Ruang Sunan Gunung Jati 2 Nomor 5.2. Klien mempunyai masalah keperawatan Nyeri Akut Post Operative dan diagnosa medis Fraktur Humerus Radius Dextra.

Setiap Asuhan Keperawatan yang diberikan oleh perawat sesuai dengan SOP. Perawat diruangan bekerja dengan sistem *shift* yang dibagi menjadi 3, yaitu pagi pukul 07.00-14.00 WIB, siang pukul 14.00-22.00 WIB, dan malam 22.00-07.00 WIB . Setiap pergantian *shift*, perawat melaporkan kondisi kesehatan klien kepada perawat yang bertugas selanjutnya sehingga Asuhan Keperawatan dapat diberikan secara kontinu kepada klien.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien Nyeri Akut Pada Pasien Post Operative Fraktur Di RSI Sakinah Mojokerto

1) Identitas Klien

Nama : Ny. M

Tempat Tgl Lahir/Usia : 01-07-1965/ 55 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Agama : Islam
Alamat : Genukwatu Rt 05/Rw 02 Sidomulyo
Ruang rawat : Ruang Sunan Gunung Jati 2 nomor 5.2
Tgl MRS : 07-01-2020
Diagnosa medis : Close Fraktur (Fraktur Humerus 1/3 Proksimal dan Fraktur Radius 1/3 Distal Dextra)
Tgl Pengkajian : 09-01-2020
Oleh : Heni Rachmawati

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama :

Klien mengatakan nyeri di tangan kanan dengan skala nyeri 5 dari skala 0-10.

b) Riwayat Penyakit Sekarang :

Klien mengatakan setelah sholat, klien akan naik ke lantai dua di rumahnya, tetapi klien terpeleset lalu terjatuh. Kemudian klien merasakan sakit yang parah di tangan kanan serta tidak bisa digerakkan. Kemudian klien dibawa ke RS oleh anaknya untuk diperiksa, setelah di rontgen, klien dinyatakan mengalami patah tulang. Klien menjalani operasi satu hari setelah MRS. Setelah operasi selesai, pasien masih tidak bisa merasakan apa-apa di tangannya karena pengaruh anestesi, 3 Jam setelah operasi, pasien mengeluh nyeri dan panas di tangan kanan.

c) Riwayat Penyakit Dahulu :

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang membahayakan dan mempengaruhi proses penyembuhan , baik itu penyakit jantung, hipertensi, ataupun Diabetes Mellitus.

d) Riwayat Penyakit Keluarga :

Klien mengatakan dari anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang dapat diturunkan.

2. Pemeriksaan Fisik Pada Klien Studi Kasus Nyeri Akut Pada Klien Post Op Fraktur Ekstremitas Atas Di RSISakinahMojokertoRuang Sunan Gunung Jati 2.

- a. Keadaan umum : pasien terbaring di tempat tidur, sesekali mengelus tangan
- b. Kesadaran, GCS : Composmentis, E4 V5 M6
- c. Tanda-tanda vital :

TD = 150/90 mmHg

Nadi = 88x/menit

Suhu = 36,2°C

RR = 20x/menit

d. Pendekatan 11 Pola Gordon

- 1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Status kesehatan saat ini : pasien tidak memiliki riwayat penyakit yang dapat mempengaruhi penyembuhan dan pengobatan

- 2) Pola nutrisi dan metabolisme

- a. Intake cairan : 3-4x sehari, kurang lebih 240ml air putih tiap minum (720ml), 3 kolf infus RL dalam waktu 24jam (1500ml). Total intake cairan (2220ml)
- b. Intake nutrisi : 2-3x sehari, tiap makan habis satu porsi, dengan jenis nasi putih.
- c. Instruksi diet sebelumnya : Tidak ada instruksi diet
- d. Nafsu makan : normal
- e. Tidak ada riwayat alergi makanan atau obat
- f. Tidak ada keluhan lain terkait pola nutrisi dan metabolisme

3) Pola eliminasi

- a. Pola BAB : 1x sehari setiap pagi, dengan karakteristik feses lunak, berwarna kuning, berbau khas feses. Selama di RS, klien belum BAB.
- b. Klien tidak menggunakan alat bantu BAB
- c. Tidak ada masalah dengan pola BAB
- d. Pola BAK : 4-5x sehari, dengan karakteristik urin berwarna kuning jernih, berbau khas urin, tidak ada hematuria.
- e. Klien tidak menggunakan alat bantu BAK
- f. Tidak ada masalah dengan pola BAK

4) Pola aktivitas dan latihan

- a. Mobilitas fisik

Tabel 4.1 Mobilitas fisik pada pasien	
Jenis kemampuan	Skor (0-4)

Makan/minum	0
Berpakaian	1
Mandi	1
Toileting	1
Mobilisasi di tempat tidur	1
Berjalan	1

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Dengan bantuan orang lain

2 : Menggunakan alat bantu

3 : Bantuan alat dan orang lain

4 : Tidak mampu

Klien tidak menggunakan alat bantu jalan seperti walker, kruk, maupun kursi roda

Keluhan saat aktivitas : tangan kanan menghambat aktivitas karena terasa nyeri

b. Respirasi : Tidak ada masalah dengan pernafasan

c. Sirkulasi : Tidak ada masalah dengan sirkulasi

5) Pola istirahat tidur

a. Kebiasaan tidur : klien mengatakan jarang tidur siang, dan durasi untuk tidur malam selama kurang lebih 6-7 jam

b. Klien mengatakan selama di RS, setelah bangun tidur klien merasa malas atau mengantuk

c. Klien mengatakan tidurnya tidak bisa nyenyak karena tangannya terasa nyeri

d. Klien tidak menggunakan alat bantu tidur

6) Pola kognitif-perseptual

a. Kemampuan panca indera klien masih normal (penglihatan, pendengaran, dan penciuman)

- b. Klien bisa berbicara dengan normal
 - c. Klien mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan perawat dengan benar
 - d. Klien mengalami nyeri akut, dengan PQRST sebagai berikut ;
 - P : saat posisi tangan diubah, nyeri bertambah
 - Q : nyeri seperti ditimpa benda tumpul
 - R : Lengan atas tangan kanan hingga pergelangan tangan
 - S : skala nyeri 5 dari skala 1-10
 - T : Nyeri hilang timbul
 - e. Penatalaksanaan nyeri sebelumnya : kolaborasi dengan tim medis tentang pemberian analgesik dan prosedur operasi
 - f. Tidak ada perubahan memori
 - g. Orientasi tempat, waktu, dan orang normal
- 7) Pola persepsi dan konsep diri
- a. Klien menganggap keadaan tubuhnya merupakan pemberian tuhan dan harus disyukuri
 - b. Klien merasa puas dengan keadaan tubuhnya saat ini
 - c. Klien menganggap kondisi tangannya adalah cobaan dari tuhan
- 8) Pola peran-hubungan
- a. Tidak ada perubahan peran selama MRS
 - b. Klien merupakan ibu sekaligus nenek dalam keluarganya
 - c. Klien tidak bekerja
 - d. Sehari-hari klien hanya membantu memasak, ataupun

membersihkan halaman rumah dan berbincang-bincang dengan tetangga

9) Pola seksual reproduksi

- a. Sakit yang dialami klien tidak berdampak terhadap seksualitas
- b. Klien mengatakan tidak ada masalah saat menstruasi
- c. Saat MRS, klien tidak dalam kondisi hamil
- d. Klien mengatakan suaminya meninggal beberapa tahun yang lalu

10) Pola coping-toleransi stres

- a. Stresor yang sering terjadi adalah ketika anak klien memarahi cucunya
- b. Biasanya saat klien merasa marah, klien akan mengajak cucunya jalan-jalan di sekitar rumahnya sambil dibelikan jajan
- c. Klien juga sering berbincang-bincang dengan tetangga jika merasa bosan dirumah

11) Pola nilai-kepercayaan

- a. Klien rutin melakukan ibadah sholat 5 waktu di mushollah dekat rumahnya, dan menganggap bahwa sakit yang dialami klien saat ini adalah cobaan tuhan
- b. Selama MRS, klien menjalankan sholat 5 waktu dibantu oleh keluarga dan dalam posisi telentang

e. Pemeriksaan Fisik (B1-B6)

1) B1 (Breathing)

Hidung : bentuk simetris, terdapat septum, tidak ada sekret, tidak terdapat pernafasan cuping hidung

Trachea : tidak ada tracheostomi

Respirator : Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan

Bentuk dada : simetris

Ekspansi paru dan vokal fremitus normal

2) B2 (Blood)

Tidak ada nyeri dada, klien tidak mengeluh pusing

Suara jantung normal S1 S2 tunggal

Palpebra tidak oedema

Ekstremitas atas dan bawah tidak oedem

Klien tidak asites

3) B3 (Brain)

Kesadaran : Composmentis

GCS : E4 V5 M6

Mata simetris

Konjungtiva tidak anemis

Pupil isokhor

Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan kelenjar thyrois

Tidak ada peningkatan tekanan vena jugular

4) B4 (Bladder)

Produksi urin kurang lebih 1000ml/hari

Urin berwarna kuning jernih, berbau khas urin, tidak ada masalah dalam sistem

bladder.

5) B5 (Bowel)

Mulut lembab, bersih, tidak ada stomatitis

Tidak terdapat nyeri telan

Tidak ada hemorrhoid

BAB 1x sehari, tidak ada masalah dengan konsistensi feses

Klien tidak menggunakan obat pencahar

Klien tidak menjalani diet khusus

6) B6 (Bone)

Kemampuan sendi terbatas

Klien mengalami fraktur pada tangan kanan

Lokasi fraktur : Humerus dextra 1/3 proksimal

Radius dextra 1/3 distal

Jenis fraktur : close fraktur

Klien terpasang gyps di tangan kaman sepanjang lengan

Warna kulit klien kuning kecoklatan sesuai ras

Klien tidak ikterik ataupun sianosis

Akral hangat

Turgor kulit baik

Kekuatan otot X-5-5-5

f. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal Pemeriksaan : 9 Januari 2020

Tabel 4.2 Pemeriksaan laboratorium			
No.	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	Hematologi		
	Masa perdarahan	2,30	1-5 menit
	Masa pembekuan	9	5-10 menit
	Hb	9,6	11,0-17,0 gr/dl
	Eritrosit	2,62	4,0-6,20 juta/ml
	Leucocyte	5.600	4000-12,000 sel/ul
	Diff Count :		
	Lymphocyte	28,3	25-50%
	Monosit	2,4	2-10%
	Neutrofil	66,5	50,0-80,0%
	Hematokrit	25,7	35-55%
	Trombocyte	207.000	150000-400000 sel/ul
2.	Glukosa Darah	104	<200 mg/dl
3.	HBSAg	Negatif	Negatif

Tabel 4.3 Terapi obat pada pasien		
No.	Jenis Terapi	Nama Obat
1.	IV	Ketorolac 3x30mg Ranitidin 2x50mg Santagesik 3x1000mg Ringer Laktat 20tpm

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.4 Analisa data (diagnosa keperawatan)

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS: Klien mengeluh nyeri di tangan kanan ; P : Ketika mencoba menggerakkan tangan kanan Q : Seperti ditimoa benda tumpul R : lengan atas sampai pergelangan tangan kanan S : Skala nyeri 6 dari skala 1-10 T : Nyeri hilang timbul, biasanya jika AC terlalu dingin, nyeri akan semakin berat</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengalami fraktur humerus dan radius dextra Klien terpasang gyps di tangan kanan Klien sesekali tampak meringis menahan nyeri Tekanan darah klien 150/90 Klien mendapat terpi pengobatan Ketorolac 3x30mg, Ranitidin 2x50mg, Santagesik 3x1000mg, Ringer Laktat 20tpm 	<p>Agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan jaringan</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan mediator nyeri</p> <p>↓</p> <p>Merangsang Nosiseptor</p> <p>↓</p> <p>Nosiseptor dihantarkan ke medulla spinalis</p> <p>↓</p> <p>Merangsang Hipotalamus, Talamus, dan sistem Limbik</p> <p>↓</p> <p>Merangsang otak</p> <p>↓</p> <p>Persepsi Nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut

4.1.4 Diagnosa Keperawatan :

Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosesur operasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien mengalami fraktur humerus radius dextra, terpasang gyps ditangan kanan, klien sesekali terlihat meringis menahan nyeri, tekanan darah klien meningkat.

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.5 intervensi keperawatan menurut standar intervensi keperawatan Indonesia

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosesur operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jqm diharapkan masalah nyeri teratasi. Dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Sikap protektif klien menurun • Tekanan darah normal (120-140/80-90 mmHg) • Meringis menurun • Gelisah menurun • Kesulitan tidur menurun • Sikap menarik diri menurun • Frekuensi nadi membaik • Focus membaik • Pola tidur membaik 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik distraksi ataupun relaksasi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri. • Dengan mengetahui faktor yang memperberat nyeri, diharapkan pasien, perat dan keluarga dapat menghindari tindakan yang memperberat nyeri <ul style="list-style-type: none"> • Teknik distraksi dan relaksasi digunakan untuk mengalihkan dan mengontrol perhatian pasien

			<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat analgesik yang diberikan 	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan stimulasi kulit dan jaringan untuk mengurangi nyeri • Untuk memberikan pengertian kepada klien tentang fungsi obat yang diberikan
			<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik. 2. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik 	<ul style="list-style-type: none"> • Obat analgesic mampu meredakan nyeri • Pemberian dosis dan jenis analgesic yang tepat untuk memberikan efek terapi medis seefektif mungkin

4.1.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan		Evaluasi Keperawatan
	Jam	9 Januari 2020	
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	12.00 WIB	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri</p> <p>Hasil :</p> <p>P = Saat posisi lengan digeser, nyeri bertambah berat</p> <p>Q = Nyeri seperti ditimpa benda tumpul</p> <p>R = Lengan atas sampai pergelangan tangan</p> <p>S = skala 5 dari 0-10 (Nyeri Sedang)</p> <p>T = Nyeri terus menerus</p> <p>Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri</p> <p>Hasil : posisi tangan yang diubah akan memperberat rasa nyeri, nyeri dapat berkurang ketika pasien berdzikir atau menonton tv</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri ditangan kanan dengan skala nyeri 5, dan nyeri berkurang ketika pasien menonton tv atau berdzikir</p> <p>O : Saat posisi lengan digeser, pasien terlihat menahan nyeri</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
	12.10 WIB	<p>Menganjurkan keluarga untuk memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara kompres menggunakan handuk yang hangat, di pundak dan telapak tangan pasien agar pasien merasa nyaman</p> <p>Hasil : keluarga pasien bisa membantu pasien untuk menaruh handuk hangat, pasien merasa rileks</p> <p>Mengajarkan pasien melakukan teknik distraksi dan relaksasi</p> <p>Hasil : pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi dengan menonton televisi dan berdzikir.</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri masih terasa tetapi sedikit berkurang setelah diberikan handuk hangat</p> <p>O : Pasien terlihat lebih rileks</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dimodifikasi, kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan analgesik</p>
	14.00 WIB	<p>Menjelaskan jenis dan alasan pemberian obat</p> <p>Hasil : pasien mengerti penjelasan perawat</p> <p>Kolaborasi dalam memberikan obat analgesik (ketorolac</p>	<p>S : Pasien mengerti tentang obat yang akan disuntikkan</p> <p>O : Pasien diberikan obat analgesic (ketorolac 30mg dan santagesic</p>

		3x30mg, santagesik 3x1) IV Hasil : dalam beberapa jam setelah pemberian obat, skala nyeri pasien sedikit menurun	1000mg) dengan rute IV A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
	14.30 WIB	Monitor keluhan pasien setelah pemberian obat Hasil : pasien mengatakan sedikit mual, dan skala nyeri turun dari skala 5 menjadi 3 Menjelaskan efek samping pemberian obat Hasil : pasien mengerti penjelasan perawat	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien mengatakan mual O : Pasien terlihat rileks A : Tujuan tercapai sebagian (skala dan keluhan nyeri menurun) P : Intervensi dilanjutkan
Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan		Evaluasi Keperawatan
	Jam	10 Januari 2020	
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	11.00 WIB	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri Hasil : P = Saat posisi lengan digeser, nyeri bertambah berat Q = Nyeri seperti ditimpa benda tumpul R = Lengan atas sampai pergelangan tangan S = skala 5 dari 0-10 (Nyeri Sedang) T = Nyeri terus menerus Memonitor TTV pasien Hasil : TD = 140/80 mmHg Nadi = 88x/menit Suhu = 36,2°C RR = 20x/menit Menganjurkan pasien untuk memberikan teknik non farmakologi (misalnya kompres hangat) ketika nyeri terasa berat Hasil : pasien mau mengikuti instruksi yang diberikan	S : Pasien mengatakan nyeri terasa berat lagi O : Pasien sesekali memegang tangan kanannya, TD :140-80 mmHg A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan, kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan analgesik
	14.00 WIB	Kolaborasi memberikan obat analgesik (ketorolac 3x30mg dan	S : Pasien mengatakan nyeri terasa

		<p>santagesik 3x1 IV) Hasil : Pasien mengatakan skala nyeri menurun tidak seperti sehari sebelumnya</p> <p>Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat yang mungkin dirasakan pasien Hasil : pasien mampu menyebutkan beberapa efek samping obat analgesik yang mungkin akan dirasakan</p>	<p>berat lagi O : Pasien diberikan obat analgesic (ketorolac 30mg dan santagesik 1000mg) dengan rute IV A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>
	14.30 WIB	<p>Mengidentifikasi lokasi dan skala nyeri Hasil : Nyeri berkurang, skala nyeri turun menjadi 3</p> <p>Monitor keluhan pasien terkait efek samping obat Hasil : Pasien tidak merasakan efek samping obat (mual, pusing, tekanan darah menurun)</p>	<p>S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan mual seperti kemarin, nyeri sedikit menurun O : Pasien terlihat rileks A : Tujuan tercapai sebagian (skala dan keluhan nyeri menurun) P : Pasien KRS, intervensi dilanjutkan dengan KIE pasien dan keluarga untuk manajemen nyeri secara mandiri, kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian obat analgesik peroral dan menentukan jadwal kontrol ke poli ortopedi</p>

4.2 Pembahasan

Berisi tentang pembahasan asuhan keperawatan melalui dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi pada klien dengan masalah nyeri akut pada kasus post op fraktur ekstremitas atas di RSI Sakinah Kabupaten Mojokerto. Pembahasan ini terutama membahas adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan kasus.

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan dari hasil pengkajian yaitu klien berusia 55 tahun klien berjenis kelamin perempuan, tidak memiliki riwayat penyakit menular ataupun riwayat penyakit yang dapat diturunkan, klien terpasang gyps di sepanjang tangan kanan, terlihat menahan nyeri ketika posisi tangan diubah atau digeser, sering memegang tepi gyps karena ingin meringankan rasa nyeri. Palpasi kekuatan otot X-5-5-5.

Data yang diperoleh dari klien tidak terdapat kesenjangan dengan teori(Wijaya, 2014)yang menyatakan bahwa gambaran karakteristik dari 71 responden menunjukkan angka usia yang mengalami nyeri pasca bedah adalah rata-rata berusia 34-60 tahun dan jenis kelamin wanita 70,4%.

Dapat dibuktikan pada penelitian ini bahwa klien tergolong dalam kategori pasien pasca operasi dan berjenis kelamin perempuan berusia 55 tahun yang menunjukkan respon nyeri yang berat. Pada pasien post operative, faktor usia dan jenis kelamin dapat memengaruhi respon nyeri.

Berdasarkan pengkajian riwayat penyakit didapatkan hasil keluhan utama klien bahwa klien mengatakan nyeri di tangan kanan dengan skala nyeri 5 dari skala 0-10. Peneliti mendapatkan keluhan yang dialami klien post operative

fraktur dengan nyeri akut akan merasakan nyeri yang memberat jika posisi tangan diubah, nyeri seperti ditimpa benda tumpul, sesuai dengan lokasi fraktur, nyeri yang dirasakan klien adalah pada lengan atas tangan kanan hingga pergelangan tangan, nyeri yang dikeluhkan berada pada skala 5 (nyeri sedang), dan nyeri dirasakan terus menerus, klien mengatakan rasa nyeri hilang pada saat selesai disuntikkan obat.

Berdasarkan SDKI PPNI tahun 2016, tanda mayor dan minor pada klien dengan post operative fraktur akan mengalami nyeri baik skala ringan, sedang, maupun berat disertai ekspresi klien yang tampak meringis, sikap dan posisi klien untuk menghindari nyeri, gelisah, frekuensi nadi dan atau tekanan darah yang meningkat, kesulitan tidur, pola nafas dan nafsu makan yang berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri dan berfokus pada diri sendiri, serta bisa saja terjadi diaforesis jika skala nyeri cenderung berat dan tidak bisa ditolerir (PPNI, 2016).

Menurut peneliti, klien mengalami nyeri karena prosedur pembedahan yang dilakukan menimbulkan luka insisi sehingga menimbulkan rasa nyeri yang hebat dengan tanda-tanda seperti yang dialami oleh klien.

Pengkajian riwayat penyakit sekarang didapatkan bahwa klien mengatakan nyeri pada luka. Klien Ny. M berusia 55 tahun, beliau bekerja sebagai ibu rumah tangga. Ny. M datang ke RSI Sakinah setelah klien terjatuh dari tangga dan tangannya sakit sekali. Dan dokter mendiagnosis Ny. M mengalami fraktur. Setelah itu Ny. M mengikuti pengobatan di RS dengan cara dilakukan operasi, setelah operasi selesai, 5 sampai 6 jam kemudian Ny. M merasa sangat nyeri pada

luka bekas operasi. Penggunaan analgetik yang paling banyak dalam penanggulangan nyeri pasca bedah fraktur di RSI Sakinah Mojokerto berupa Ketorolac 3x30mg dan Santagesik 3x1000mg dengan rute intravena.

Menurut teori pada penderita pasien post operative fraktur akan mendapatkan terapi obat analgesic opioid maupun nonopioid, seperti morfin, meperidin, (Demerol), atau hidrokodon (Vikodin); NSAID suntik dan oral, seperti ketorolac (Toradol) atau ibuprofen (Motrin); dan atau relaksan otot seperti siklobenzaprin (Flexeril) atau karisoprodol (Soma) dengan rute konsumsi obat adalah intravena kontinu atau analgesia yang dikendalikan pasien (PCA) menggunakan rute perifer, epidural, atau intratekal. Analgesia diberikan untuk mengurangi nyeri dan atau spasme otot. Studi toradol telah menunjukkan bahwa obat tersebut efektif dalam meredakan nyeri tulang, dengan kerja yang lebih lama dan efek samping yang lebih sedikit dibandingkan agens opioid (Doenges, et al., 2018).

Penggunaan ketorolac 30mg dan santagesik 1000mg untuk mengurangi nyeri klien sudah sesuai dengan teori yang ada dan dirasa sudah sangat efektif untuk mengurangi nyeri, dibuktikan bahwa penggunaan analgetik yang paling banyak ditemukan di lokasi penelitian adalah ketorolac dan santagesik.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh peneliti terdapat satu diagnosa yang sesuai dengan batasan karakteristik. Diagnosa keperawatan klien adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (proses pembedahan). Tanda dan gejala pada klien adalah klien mengeluh nyeri, klien mengalami fraktur humerus radius dextra, terpasang gyps ditangan kanan, klien sesekali

terlihat meringis menahan nyeri, tekanan darah klien meningkat.

Menurut SDKI (2016) Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan dengan tanda mayor adalah klien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, serta tanda minor berupa tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis (PPNI, 2016).

Pada studi kasus ini nyeri akut sudah sangat sesuai dalam penegakan diagnosa keperawatan pada klien karena jika klien terus mengeluh nyeri dan tidak segera ditangani, maka rasa nyeri tersebut akan mengganggu proses keperawatan dan akan memperlambat proses pengobatan dan penyembuhan pada klien akhirnya.

4.2.3 Perencanaan

Intervensi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah dituliskan pada Bab 2 yaitu manajemen nyeri meliputi (observasi) identifikasi karakteristik nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik, (terapeutik) berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang dapat menyebabkan nyeri, gunakan teknik distraksi dan relaksasi, (edukasi) jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik non-farmakologis

untuk mengurangi rasa nyeri, (kolaborasi) pemberian analgetik, jika diperlukan. Intervensi juga dilakukan sesuai dengan advice Implementasi dan intervensi yang dibuat diruangan.

Tindakan keperawatan ini meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative serta melibatkan keluarga, sehingga semua rencana yang ada pada teori dapat dilaksanakan semua pada kasus nyata. Rencana keperawatan sudah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien, sehingga disini ada kesesuaian antara tinjauan pustaka dengan kasus yang dialami klien.

Hasil dari pengamatan dokumentasi di dalam bagianintervensi sudah menggunakan intervensi dari SIKI dan terdapat kriteria hasil sesuaidengan indikator pada SLKI dalam intervensi keperawatan. Pada laporan kasus hanyaterdapat label manajemen nyeri, label pemberian analgesik tidak dicantumkan. Hal inidikarenakan pemberian analgesik telah tercantum pada manajemen nyeri pada bagiankolaborasi.

4.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan pada klien nyeri akut pada pasien post operative fraktur ekstremitas atas di RSI Sakinah Kabupaten Mojokerto. Tahap ini merupakan tahapan lanjutan setelah tahap perencanaan dari masalah keperawatan yang muncul pada klien. Tindakan secara umum dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya. Perencanaan keperawatan serta tindakan keperawatan dilaksanakan bertujuan agar masalah keperawatan yang dialami klien dapat teratasi. Dari jangka waktu yang ditentukan selama 2x24 jam diharapkan skala nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri pasien

menurun dan pola tidur pasien membaik (PPNI, 2019).

Pada kasus yang dialami klien semua tindakan dilakukan tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah implementasi pada kasus Ny. M adalah :

1. Mengidentifikasi karakteristik nyeri,
2. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan,
4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik,
5. Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri,
6. Mengontrol lingkungan yang dapat menyebabkan nyeri,
7. Menggunakan teknik distraksi dan relaksasi,
8. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri,
9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri,
10. Mengajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri,
11. kolaborasi dalam memberikan analgetik :
 - a. Ketorolac 3x30 mg (IV) diberikan pada jam :
 - Pagi, jam 06.00 WIB
 - Siang, jam 14.00 WIB
 - Malam, pukul 21.00 WIB
 - b. Santagesic 3x1000 mg (IV)
 - Pagi, jam 06.00 WIB
 - Siang, jam 14.00 WIB
 - Malam, jam 21.00 WIB

4.2.5 Evaluasi

Pada evaluasi akan dibahas sesuai dengan masalah yang dialami klien, berikut evaluasi pada klien Ny. M dengan diagnosa nyeri akut : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam pada hari pertama klien mengatakan masih merasa nyeri meskipun tidak seberat 1 hari yang lalu, tangan kiri pasien memegang pundak kanan pasien dan mengelus-elus gyp di tangan kanan. Pada hari kedua didapatkan hasil klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri menurun, observasi TTV didapatkan hasil sebagai berikut; TD = 140/80mmHg, Nadi = 88x/menit, Suhu = 36,2°C, RR = 20x/menit, dan pasien terlihat lebih rileks. Temuan yang penulis amati bahwa pada 24 jam pasca operasi pasien melaporkan intensitas nyeri yang lebih berat daripada hari berikutnya setelah operasi.

Hal ini didukung dengan temuan sebuah penelitian deskriptif yang menyimpulkan bahwa respon fisiologis yang mengalami penurunan setelah relaksasi ditunjukkan dengan turunnya tekanan darah dan keluhan nyeri oleh klien (Ana Ikhsan Hidayatulloh, 2020).

Penulis menyimpulkan bahwa hasil evaluasi selama 2x24 pada klien post operative fraktur dengan masalah nyeri akut mulai membaik meskipun masalah nyeri tidak dapat teratasi secara total, hal ini dibuktikan dengan tanda dan gejala yang dialami pasien berangsur-angsur membaik seperti menurunnya keluhan nyeri pasien, tekanan darah pasien dalam rentang normal, serta pasien terlihat lebih tenang. Hal ini sudah sesuai pada buku SLKI, tertulis bahwa kriteria hasil

yang harus tercapai ketika manajemen nyeri akut adalah skala nyeri menurun, keluhan nyeri menurun, kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, sikap protektif dan gelisah menurun, tekanan darah membaik, nafsu makan dan pola tidur membaik(PPNI, 2018).