

STUDI KASUS : UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR FEMUR

by Rudi Hermanto, Laily Isro'in, Saiful Nurhidayat

Submission date: 03-Apr-2024 10:06AM (UTC+0700)

Submission ID: 2338513866

File name: 5_Studi_Kasus_Upaya_Penurunan_Nyeri.pdf (131.51K)

Word count: 7512

Character count: 45880



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
HEALTH SCIENCES JOURNAL
<http://studentjournal.umpo.ac.id/index.php/HSJ>

1
STUDI KASUS : UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN
POST OPERASI FRAKTUR FEMUR

Rudi Hermanto*, Laily Isro'in, Saiful Nurhidayat

Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Ponorogo
E-mail Korespondensi : rudihermanto0109@gmail.com

Sejarah Artikel

Diterima : Februari 2020 Disetujui : Maret 2020 Dipublikasikan: April 2020

Abstract

Fracture is continuity or cracking of tissue due to trauma that is determined by the extent and type of trauma So it has decreased physical function which is one of the potential threats to integrity. One of the fracture treatments is done by surgery. After surgery, a person will feel pain in the surgical scar. The purpose of this paper is to be able to understand nursing care in postoperative femoral fracture patients in Mrs. T with acute pain problems by carrying out pharmacological and nonpharmacological measures. The method used is descriptive method. Descriptive technique is a technique of writing in the form of presenting information described by researchers conducted on certain objects clearly and systematically. The research site was conducted at RSUD Dr. Harjono Ponorogo Hospital on July 25 - July 29, 2019. Patients taken by researchers were postoperative femur fracture patients named Ny. T with 74 years old who is a farmer. Actions taken on Ny.T are actions that are in accordance with the nursing plan. There are fifteen nursing plan actions that are used to deal with the pain that Ny.T feels that everything is done. In conducting research there are obstacles that decrease hearing on the client. Thus blocking communication between nurses and patients in communicating. The results of the treatment for five days the patient said that the pain appeared with scale 2. Pain with scale is included in the category of mild pain.

Keywords: Nursing Care, Femur Fracture, Acute Pain

Abstrak

1
Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas atau retaknya jaringan yang disebabkan trauma yang ditentukan oleh luas dan jenis trauma. Sehingga mengalami penurunan fungsi fisik yang merupakan salah satu ancaman potensial pada integritas. Salah satu panganan fraktur dilakukan dengan melakukan operasi. Setelah dilakukannya operasi maka seseorang akan merasakan nyeri pada bekas luka operasi. Tujuan dari penulisan ini adalah dapat memahami asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur femur pada Ny.T dengan masalah nyeri akut dengan melakukan tindakan farmakologi dan nonfarmakologi. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif. Teknik deskriptif adalah teknik penulisan dengan bentuk penyajian informasi yang digambarkan oleh para peneliti yang dilakukan pada objek tertentu secara jelas serta sistematis. Tempat penelitian di lakukan di RSUD Dr Harjono Ponorogo pada tanggal 25 Juli – 29 Juli 2019. Pasien yang diambil oleh peneliti merupakan pasien post operasi fraktur femur yang bernama Ny. T dengan usia 74 tahun yang merupakan seorang petani. Tindakan yang dilakukan pada Ny.T merupakan tindakan yang sesuai dengan rencana keperawatan. Terdapat lima belas tindakan rencana keperawatan yang di gunakan untuk mengatasi nyeri yang di rasakan Ny.T yang semua di lakukan. Dalam melakukan penelitian terdapat hambatan yaitu menurunnya pendengaran pada klien. Sehingga menghambat komunikasi antara perawat dan pasien dalam berkomunikasi. Hasil dari dilakukannya perawatan selama lima hari pasien mengatakan bahwa nyeri muncul dengan skala 2. Nyeri dengan skala tersebut masuk dalam katagori nyeri ringan.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Fraktur Femur, Nyeri akut

How to Cite: Rudi Hermanto, Laily Isro'in, Saiful Nurhidayat (2020). Studi Kasus : Upaya Penurunan Nyeri pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur. Penerbitan Artikel Ilmiah Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Ponorogo, Vol 4 (No 1).



PENDAHULUAN

1 Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas atau retak jaringan yang disebabkan trauma yang ditentukan oleh luas dan jenis trauma. Sehingga mengalami penurunan fungsi fisik yang merupakan salah satu ancaman potensial pada integritas. Rusaknya integritas tulang menyebabkan nyeri, trauma, kaku sendi, dan gangguan muskuloskeletal (Nanda International, 2015). Salah satu penyebab fraktur adalah ruda peksa pada suatu jaringan yang menyebabkan kontinuitas jaringan menjadi terputus (Sjamsuhidajat, 2010).

Kejadian fraktur di dunia meningkat setiap tahunnya terbukti oleh badan keselamatan (WHO) tercatat 13 juta orang mengalami kecelakaan pada tahun 2012. Dengan 2,7% terjadi fraktur. Pada tahun 2013 dengan presentase 4,2%. Pada tahun 2014 kejadian fraktur meningkat menjadi 21 juta sehingga menjadi 7,5%). Sedangkan pada tahun 2016 terdapat 8 juta orang meninggal akibat mengalami fraktur femur. Menurut (DepKes RI), bahwa hampir delapan juta orang mengalami fraktur yang berbeda. Pada tahun 2011 fraktur dengan prevalensi yang paling tinggi adalah fraktur ekstremitas bawah 46,2%. Kasus fraktur pada ekstremitas bawah dengan jumlah 45.987 yang diakibatkan oleh kecelakaan. Kasus fraktur

femur memiliki urutan paling terbanyak nomor satu dengan jumlah 19.629.

Di Jawa Timur angka kejadian fraktur pada tahun 2016 mulai dari Bulan Januari sampai Bulan Oktober sebanyak 1.422 kasus (Rois, 2016). Dengan jumlah persentase kasus fraktur pada ekstremitas bawah dan ekstremitas atas di rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya sebesar 68,14% (Rekam Medis RSUD. Dr. Sutomo Surabaya, 2015). Pada tahun 2012 jumlah pasien fraktur di RSUD Dr. Harjono Ponorogo sejumlah 794 pasien, pada tahun 2013 jumlah kejadian fraktur sejumlah 632 pasien (Rekam Medis RSUD Dr. Harjono Ponorogo, 2014). Pada tahun 2017 – 2018 kejadian fraktur femur di RSUD Dr. Harjono Ponorogo sejumlah 756 kasus (Rekam Medis RSUD Dr. Harjono Ponorogo, 2018).

Fraktur disebabkan oleh trauma tunggal yang diberikan dengan kekuatan yang berlebihan dan secara tiba tiba seperti benturan, plintiran, dan penarikan. Selain itu trauma tunggal juga menyebabkan jaringan lunak menjadi rusak (Zairi dkk, 2012). Untuk mengembalikan gerakan, pencegahan disabilitas dan pengurangan nyeri karena adanya rusaknya kontinuitas jaringan maka dilakukan penanganan pada daerah fraktur. Ada tiga cara dalam melakukan penanganan fraktur yaitu

reduksi, imobilisasi, dan rehabilitasi. Imobilisasi merupakan salah satu upaya dalam menangani fraktur dengan menahan kontinuitas yang terjadi patahan atau retakan. Pembedahan merupakan hal yang terakhir jika pada penanganan sebelumnya belum bisa mengembalikan posisi tulang dengan membuka pada bagian yang ditangani (Djamil, 2015).

Luka insisi pembedahan dapat mengakibatkan pengeluaran impuls nyeri oleh ujung saraf bebas yang di perantara oleh sistem sensorik. Ada beberapa tahap proses dalam nyeri: adanya reseptor yang menghantarkan persepsi nyeri yang berupa stimulasi, adanya pendeteksi stimulus, penguat, dan penghantar menuju saraf pusat. Terdapat empat proses dalam nyeri yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Transduksi merupakan proses perubahan stimulus nyeri menjadi aliran listrik yang melalui ujung saraf. Transmisi merupakan proses penerusan oleh *nociceptor* yang berada pada saraf perifer menuju korteks serebri yang melewati *cornu dorsalis* dan *corda spinalis*. Modulasi merupakan proses pengurangan atau peningkatan impuls nyeri oleh pengendali internal oleh sistem saraf pusat. Persepsi adalah hasil penerimaan susunan saraf pusat tentang impuls nyeri yang dihantarkan oleh saraf dan berakhir pada susunan saraf pusat (Andarmoyo, 2013).

Seseorang merasa nyeri maka akan berpengaruh terhadap nafsu makan, aktivitas sehari-hari, hubungan dengan orang lain serta status emosional. Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektivitas seseorang salah satunya adalah kerusakan jaringan yang berkaitan dengan tanda peringatan (Alimul, 2012). Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri maka dilakukan dengan manajemen nyeri. Manajemen nyeri memiliki dua tindakan yaitu non-farmakologi dan farmakologi. Dalam dunia keperawatan manajemen nyeri berguna menghilangkan nyeri sedikit demi sedikit (Pratintya, 2014).

Seseorang merasa nyeri maka akan berpengaruh terhadap nafsu makan, aktivitas sehari-hari, hubungan dengan orang lain serta status emosional. Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektivitas seseorang salah satunya adalah kerusakan jaringan yang berkaitan dengan tanda peringatan (Alimul, 2012). Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri maka dilakukan dengan manajemen nyeri. Manajemen nyeri memiliki dua tindakan yaitu non farmakologi dan farmakologi. Dalam dunia keperawatan manajemen nyeri berguna menghilangkan nyeri sedikit demi sedikit (Pratintya, 2014). Pengurangan nyeri dengan farmakologi dengan adanya

pemberian analgesik dengan dosis tertentu. Pada terapi non farmakologi terdapat terapi distraksi relaksasi. Distraksi merupakan menenangkan diri dengan mengalihkan perhatian. Relaksasi merupakan melemaskan otot-otot pada tubuh sehingga reseptor nyeri menjadi lentur dan berkurang. Teknik distraksi dan sentuhan bisa dilakukan dengan pengalihan rasa sakit pada pasien dengan melihat televisi, mendengarkan musik atau berkhayal (Muttaqin, 2011).

Berdasarkan Latar belakang tersebut maka penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Post Op Fraktur dengan Prioritas Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Dr. Harjono Ponorogo”.

METODE PENELITIAN

Studi kasus adalah penelitian yang dirancang dengan mencakup pengkajian yang intensif pada satu klien, keluarga, kelompok, komunitas maupun institusi. Studi kasus memiliki cara dengan cara mengeksplorasi suatu masalah pada pengambilan data yang mendalam dan memiliki batasan yang terperinci disertai dengan berbagai sumber informasi yang digunakan (Saryono dan Anggraeni, 2010). Sebelumnya adanya pengkajian secara rinci pada riwayat dan pola perilaku. Pengkajian dengan rancangan ini

sangat menguntungkan apabila jumlah responden sedikit maka akan didapatkan gambaran yang jelas (Nursalam, 2015).

Penelitian ini menggunakan teknik penulisan dengan menggambarkan gaya penyaji informasi dalam karya tulis ilmiah. Teknik penggambaran ini disebut teknik deskriptif. Teknik deskriptif adalah teknik penulisan dengan bentuk penyajian informasi yang digambarkan oleh para peneliti yang dilakukan pada objek tertentu secara jelas serta sistematis (Hermanus Mz, 2015). Dalam rancangan ini terdapat identifikasi peristiwa, identifikasi variabel, dan mengembangkan definisi pada operasional oleh variabel (Nursalam, 2015).

Tempat penelitian yang studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Harjono Ponorogo yang beralamat di Jln. Ponorogo – Pacitan, Kab. Ponorogo, Provinsi Jawa Timur. Pengambilan data pada studi kasus ini dilakukan pada Ny. T yang merupakan pasien post operasi fraktur femur. Data yang di gunakan untuk menyusun asuhan keperawatan di dapatkan dari metode wawancara, observasi atau pemeriksaan, implementasi, dan melakukan evaluasi hasil tindakan. Wawancara dilakukan dengan memberikan pertanyaan yang merupakan jenis pertanyaan terbuka maupun tertutup yang bertujuan mendapat data subjektif. Observasi atau pemeriksaan

yang memiliki tujuan untuk mendapat data objekif yang terdapat pada klien yang dilakukan dengan inspeksi, palpasi, perkusi serta auskultasi. Implementasi dilakukan sesuai dengan yang dikeluhkan oleh pasien yang secara subjektif maupun objektif. Evaluasi dilakukan dengan mengamati respon dari klien yang berupa fisik, psikologis, rasa aman dan nyaman klien. Pada penyelesaian studi kasus ini penulis juga mengumpulkan data dari jurnal, buku, artikel, web dan sumber lainya sebagai acuan.

HASIL

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Juli 2019 pada jam 14.00 WIB. Didapatkan data berupa biodata klien yaitu nama: Ny.T; umur: 74 tahun; agama: Islam; alamat: Prajegan; pendidikan terakhir: SD; pekerjaan: petani; tanggal masuk rumah sakit : 17 Juli 2019. Keluhan utama klien saat masuk rumah sakit adalah kaki kanan sakit saat berjalan dan keluhan utama pada saat pengkajian adalah nyeri pada kaki kanan. Riwayat penyakit sekarang di dapatkan data pada saat pengkajian pasien mengeluhkan nyeri pada saat kaki kanan di gerakan dan hilang ketika kaki kanan tidak digerakan, nyeri terasa seperti di tarik tarik, nyeri pada luka operasi di paha kaki kanan, dengan skala

5, durasi nyeri 10 – 20 menit. Riwayat penyakit di dapatkan data berupa pasien pernah mengalami penyakit jantung dan di rawat selama 3 hari. Pada riwayat psikososial di dapatkan data pasien tinggal dengan anak laki – lakinya.

Pada pola kesehatan sehari hari didapatkan data berupa nutrisi selama di rumah sakit klien makan 3 kali sehari, habis 1 porsi dalam sekali makan, minum sebanyak 2 liter sehari. Jenis minuman adalah air putih. Eliminasi: buang air kecil menggunakan kateter dengan volume sehari bisa 2500 cc, berwarna kuning pekat, bau khas urin. Buang air besar 1 kali selama di rumah sakit. Istirahat: pasien beristirahat pada jam 19.00 – 22.00 dan malam pada jam 23.00 – 04.00. Jadi pasien beristirahat selama 8 jam. Pasien sering terbangun dari tidur karena rasa sakit yang muncul. Personal Hygiene : pasien disibin sehari 2 kali, ganti pakaian sehari sekali. Aktivitas: pada saat pasien di rumah sakit kegiatan pasien dibantu sebagian oleh orang lain.

2. Pemeriksaan Fisik

Didapatkan data keadaan umum lemah, nadi: 88x/menit, suhu: 36⁰C, TD: 110/80 mmHg, RR: 20x/menit. Pemeriksaan muka: inspeksi wajah simetris, pucat, sedikit kaku menahan nyeri. Palpasi pada muka tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan.

Pemeriksaan anggota gerak (*ekstremitas*) Terdapat fraktur pada paha kanan yang telah di operasi dengan luka operasi yang di tutupi kassa steril dengan panjang 25 cm, keadaan kassa bersih tidak kotor. Terpasang drain dengan volume 150 ml/ 24 jam dengan warna merah, pasien membatasi gerakan pada kaki yang di operasi. Pada saat luka di sentuh oleh perawata, pasien menjauhkan tangan perawat dari luka.

Kekuatan otot	
4	4
1	4

Didukung dengan pemeriksaan penunjang berupa rotgen yang menunjukkan *close fraktur collum femur*.

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu proses pernyataan yang menjelaskan tentang respon manusia. Setelah dilakukannya pengkajian dan pemeriksaan fisik maka akan di dapatkan dua data yang berupa data objektif dan data subjektif yang di gunakan untuk mengangkat suatu diagnosa yang di masukan dalam analisa data (Caranito, 2000 dalam Nursalam, 2011). Data subjektif pada pasien Ny. T adalah pengkajian pasien mengeluhkan nyeri pada saat kaki kanan di gerakan dan hilang ketika kaki kanan tidak digerakan, nyeri terasa seperti di tarik tarik, nyeri pada luka operasi di paha kaki kanan,

dengan skala 5, durasi nyeri 10 – 20 menit. Untuk data obketif Ny. T adalah keadaan umum lemah, nadi: 88 x/menit, suhu: 36⁰C, TD: 110/80 mmHg, RR: 20 x/menit. Pemeriksaan muka: inspeksi wajah simetris, pucat, sedikit kaku menahan nyeri. Palpasi pada muka tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan. Pemeriksaan anggota gerak (*ekstremitas*) Terdapat fraktur pada paha kanan yang telah di operasi dengan luka operasi yang di tutupi kassa steril dengan panjang 25 cm, keadaan kassa bersih tidak kotor. Terpasang drain dengan volume 150 ml/ 24 jam dengan warna merah, pasien membatasi gerakan pada kaki yang di operasi. Pada saat luka di sentuh oleh perawata, pasien menjauhkan tangan perawat dari luka. tangan perawat dari luka.

Kekuatan otot	
4	4
1	4
Fraktur	
-	-
+	-

Pemeriksaan penunjang berupa rotgen yang menunjukkan *close fraktur collum femur*. Berdasarkan dari data tersebut yang merupakan masuk dalam batasan karakteristik nyeri. Sehingga dapat ditegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

(prosedur pembedahan, trauma) (NANDA, 2015).

4. Intervensi

Intervensi dari masalah diatas adalah proses keperawatan yang digunakan sebagai kelanjutan rencana tindakan keperawatan yang berfungsi untuk mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah – masalah pasien. Maka intervensi ini memiliki tujuan yaitu skala nyeri turun, nyeri dapat di kontrol. Dengan kriteria hasil pasien mampu mengontrol nyeri yang timbul (mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), pasien melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, nyeri dapat dikenali (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).

Rencana tindakan yang akan dilakukan kepada klien yaitu ² lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, observasi reaksi verbal dan non verbal dan ketidaknyamanan, gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri, kaji kultur yang mempengaruhi pengalaman nyeri pasien, evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau, bantu pasien dan keluarga

untuk mencari dan menemukan dukungan, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, pilih penanganan nyeri (farmakologi dan non farmakologi), kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, ajarkan teknik non farmakologi, evaluasi keefektifan kontrol nyeri, tingkatkan istirahat, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri dan monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri. Berdasarkan intervensi yang disebutkan dapat dilakukan semua. Sehingga dapat mencapai tujuan yang ada.

5. Implementasi

Implementasi keperawatan di mulai dari tanggal 25 Juli 2019 – 29 Juli 2019. Implementasi yang dilakukan pertama pada hari kamis tanggal 25 Juli 2019 jam 14.30 WIB yaitu melakukan ² pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, mengobservasi reaksi verbal dan non verbal dan ketidaknyamanan, menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri, mengkaji kultur yang mempengaruhi pengalaman nyeri pasien, mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau, mengevaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau, membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, mengontrol

lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, memilih penanganan nyeri (farmakologi dan non farmakologi), mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, mengajarkan teknik non farmakologi, mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri, meningkatkan istirahat, berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri, memonitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri. Implementasi tersebut merupakan tindakan yang berguna untuk mengurangi rasa nyeri pada klien.

Pada saat perawat memberikan penyuluhan teknik nafas dalam. Klien mendengarkan dengan seksama. Klien mengerti tentang teknik nafas dalam yang akan dilakukan. Klien melakukan nafas dalam keadaan tidur dengan merilekskan badan. Klien menarik napas dari hidung dan di tahan selama 3-5 detik. Lalu di keluarkan secara perlahan lewat hidung. Napas dalam dilakukan sebanyak 5-15 kali ketika merasakan nyeri. Selain itu perawatan juga menganjurkan kepada klien agar meningkatkan istirahat yang berguna untuk menurunkan nyeri. Istirahat klien dianjurkan dalam posisi yang rileks dan dalam posisi yang nyaman sehingga tidak menimbulkan nyeri pada bekas luka operasi. Implementasi ini sebagai pengganti waktu istirahat yang kurang karena rasa nyeri yang timbul sewaktu waktu.

Implementasi yang selanjutnya dilakukan di hari jumat pada 26 Juli 2019 pada jam 07. 30 WIB. Implementasi yang dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, mengobservasi reaksi verbal dan non verbal dan ketidaknyamanan, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, mengajarkan teknik non farmakologi, mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri, meningkatkan istirahat, berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri.

Implementasi pada tanggal 27 Juli – 29 Juli 2019. Implementasi yang dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, mengobservasi reaksi verbal dan non verbal dan ketidaknyamanan, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, Mengajarkan teknik non farmakologi, mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri, meningkatkan istirahat, berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri.

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan dimana perawat membandingkan hasil setelah dilakukan tindakan keparawatan. Hasil ini di ukur untuk mengetahui seberapa besar penyelesaian masalah pada klien. Selain itu merupakan acuan perawat ketika masalah belum bisa teratasi. Sehingga perawat akan memodifikasi atau mengganti implementasi yang diberikan kepada klien (Diagnosa keperawatan, 2015). Tujuan dari evaluasi ini di gunkan untuk memandangkan apakah sesuai dengan kriteria hasil yang di tulis.

Hasil evaluasi pada tanggal 25 Juli 2019 pada jam 20.00 perawat melakukan pengambilan data evaluasi sehingga di peroleh data subjektif berupa pasien mengeluhkan nyeri, muncul saat kaki kanan di gerakan, seperti di tarik tarik, nyeri pada luka operasi di paha kanan, dengan skala 5, durasi nyeri 10 – 20 menit. Pasien mengatakan memiliki pengalaman nyeri karena penyakit jantung. Nyeri akan hilang ketika pasien istirahat. Pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat nyeri karena operasi. Pasien merasa nyaman dengan ditutupnya lingkungan dengan sketsel sehingga mengurangi stress. Pasien mengatakan waktu istirahat selama 2 jam dengan. Pasien dapat tidur dengan tenang. Keluarga mampu memberikan dukungan kepada pasien untuk mengatasi keluhan

yang dialami pasien. Serta di dapatkan data objektif berupa keadan umum lemah, wajah sedikit pucat, sedikit kaku menahan nyeri, nyeri yang muncul adalah nyeri akut yang di sebabkan oleh luka post operasi pada kaki kanan dengan di tutupi kassa steril dengan panjang 25 cm dengan keadaan kassa bersih tidak kotor. Terpasang drain dengan volume 150 ml/ 24 jam dengan warna merah, pasien membatasi gerakan pada kaki yang di operasi. Pada saat luka di sentuh perawat, pasien menjauhkan tangan perawat dari luka. Pasien bisa melakukan teknik nafas. Pemberian obat deketoprofen dengan dosis 50 mg. Masalah yang timbul adalah nyeri akut. Rencana selanjutnya adalah melanjutkan intervensi yang di rencanakan.

Pada tanggal 26 Juli evaluasi dilakukan pada jam 14.00 WIB. Di dapatkan data subjektif berupa pasien mengeluhkan nyeri, muncul saat kaki kanan di gerakan, seperti di tarik tarik, nyeri pada luka operasi di paha kanan, nyeri memiliki skala 4 muncul selama 10 – 15 menit.. Pasien merasa nyaman dengan ditutupnya lingkungan dengan sketsel sehingga mengurangi stress. Pasien bisa melakukan teknik napas. Pasien mengatakan waktu istirahat selama 9 jam. Dengan data objektif keadan umum lemah. Wajah sedikit pucat, sedikit kaku menahan nyeri. Nyeri yang muncul adalah

nyeri akut yang di sebabkan oleh luka post operasi pada kaki kanan dengan panjang luka 25 cm dengan keadaan luka bersih tidak kotor atau pus, jahitan jelujur. Terpasang drain dengan volume 150 ml/24 jam dengan warna merah, pasien membatasi gerakan pada kaki yang di operasi. Pemberian obat deketoprofen dengan dosis 50 mg. Pasien melakukan teknik napas dalam. Dapat di simpulkan bahwa masalah nyeri akut teratasi sebagian. Perencanaan melanjutkan intervensi yang telah direncanakan.

Pada tanggal 27 Juli evaluasi dilakukan di jam 14.00. Dapatkan hasil data subjektif pasien mengeluhkan nyeri ,muncul saat kaki kanan di gerakan, seperti di tarik tarik, nyeri pada luka operasi di paha kanan, dengan skala 4, durasi nyeri 10 – 15 menit. Pasien merasa nyaman dengan posisi tidur terlentang dengan bagian kaki yang di operasi didukung dengan bantal. Pasien melakukan teknik napas dalam. Pasien mengatakan belum ada penurunan skala nyeri. Pasien mengatakan waktu istirahat selama 10 jam. Di dukung dengan data objektif berupa keadan umum pasien lemah, wajah sedikit pucat, tenang, pasien melakukan teknik napas dalam, luka post operasi pada kaki kanan dengan panjang luka 25 cm dengan keadaan luka bersih tidak kotor atau pus, jahitan delujur, terpasang drain dengan

volume 150 ml/ 24 jam dengan warna merah, pasien membatasi gerakan pada kaki yang di operasi, pemberian obat dekoprofen dengan dosis 50 mg. Dapat di simpulkan bahwa masalah nyeri akut belum teratasi. Perencanaan melanjutkan intervensi yang telah direncanakan.

Pada tanggal 28 Juli evaluasi dilaksanakan pada jam 14.00 WIB. Pada evaluasi di dapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluhkan nyeri, muncul saat kaki kanan di gerakan, seperti di tarik tarik, nyeri pada luka operasi di paha kanan, dengan skala 4, durasi nyeri 5 – 10 menit. Pasien mengatakan belum ada penurunan skala nyeri. Nyeri memiliki skala 4 muncul selama 5 – 10 menit. Pasien mengatakan waktu istirahat selama 10 jam. Pasien merasa nyaman dengan adanya aliran udara yang tidak terlalu dingin atau panas melalui jendela sehingga rasa nyeri berkurang. Pasien melakukan teknik nafas dalam. Di dukung dengan data objektif yaitu keadaan umum lemah. Inspeksi wajah pucat, tenang. Luka post operasi pada kaki kanan dengan panjang luka 25 cm dengan keadaan luka bersih tidak kotor atau pus, jahitan delujur. Terpasang drain dengan volume 100 ml/ 24 jam dengan warna merah, pasien membatasi gerakan pada kaki yang di operasi. Pemberian obat deketoprofen dengan dosis 50 mg. Dapat di simpulkan

bahwa masalah nyeri akut teratasi sebagian. Perencanaan melanjutkan intervensi yang telah direncanakan.

Pada tanggal 29 Juli evaluasi dilakukan pada jam 14.00 WIB. Pada evaluasi ini didapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluhkan nyeri, muncul saat kaki kanan di gerakan, seperti di tarik tarik, nyeri pada luka operasi di paha kanan, dengan skala 2, durasi nyeri 5 – 10 menit. Pasien merasa nyaman dengan posisi bed yang setengah duduk sehingga memudahkan pasien dalam beraktivitas dan mengurangi nyeri. Pasien melakukan teknik nafas dalam. Pasien mengatakan waktu istirahat selama 11 jam. Di dapatkan juga data objektif yaitu keadaan umum lemah, inspeksi wajah sedikit pucat, tenang. Luka post operasi pada kaki kanan dengan panjang luka 25 cm dengan keadaan luka bersih tidak kotor atau pus, jahitan delujur. Terpasang drain dengan volume 50 ml/ 24 jam dengan warna merah. Pemberian obat deketoprofen dengan dosis 50 mg. Dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut teratasi sehingga intervensi di hentikan.

PEMBAHASAN

Pada pembahasan akan memaparkan hasil dari proses keperawatan yang dilakukan pada pasien. Proses keperawatan memiliki beberapa tahap dalam menentukan penyelesaian masalah pasien.

Tahap dalam proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan terakhir evaluasi yang di gunakan untuk mengukur keberhasilan proses keperawatan (Potter & Perry, 2009).

1. Pengkajian

Keluhan utama pada saat pengkajian Ny. T pada tanggal 25 Juli 2019 pasien mengeluhkan nyeri. Muncul saat kaki kanan di gerakan, seperti di tarik-tarik, nyeri pada luka operasi di kaki kanan, dengan skala 5, durasi nyeri 10 – 20 menit. Nyeri kerusakan jaringan oleh sesuatu yang menyebabkan rangsangan sehingga timbul rasa emosional (Helmi, 2012). Nyeri yang dialami oleh Ny. T adalah nyeri akut yang dirasakan pada tanggal 25 Juli 2019 yang timbul setelah dilakukannya tindakan operasi di RSUD Dr. Harjono Ponorogo. Nyeri tersebut selaras dengan teori yang mengatakan nyeri adalah pengalaman sensori yang di gambarkan secara tiba – tiba dan awitan dengan akhir dapat diprediksi yang disebabkan kerusakan jaringan aktual atau potensial yang muncul kurang dari 3 bulan, dengan intensitas tinggi sampai rendah (Heather Herdman, 2014).

Pengkajian nyeri menggunakan metode P (*Provoking incident*), Q (*Quality of pain*), R(*Region*), S(*Severity of pain*) dan T (*Time*). Nyeri yang dirasakan oleh pasien Ny. T

berkarakteristik *provoking incident* nyeri muncul ketika di gunakan untuk bergerak, dan berkurang ketika posisi tidur, *quality of pain* nyeri seperti ditarik – tarik, *region* nyeri terasa pada luka bekas operasi pada paha kanan, *severity of pain* dengan angka 5, *time* nyeri berlangsung sekitar 10 – 20 menit (Heather Herdman, 2014).

Pemeriksaan fisik pada pasien Ny. T terdapat luka operasi dengan panjang luka sepanjang 20 cm dengan keadaan luka bersih tidak ada pes, jahitan jelujur. Terpasang drain pada luka dengan volume 150 ml. Hal ini sama dengan teori yang mengatakan pada saat operasi akan dilakukan sayatan pada bagian tubuh yang ditangani, lalu melakukan perbaikan dan diakhir dengan penutupan dan penjahitan (Sjamsuhidajat, 2010).

Fraktur femur adalah rusaknya jaringan pada tulang paha, kondisi dari fraktur femur bisa menjadi fraktur tertutup maupun terbuka yang disertai dengan rusaknya jaringan lunak (otot, pembuluh darah, kulit, jaringan saraf) disebabkan adanya oleh trauma langsung pada bagian paha (Helmi, 2014).

Terdapat enam klasifikasi fraktur femur. Pertama fraktur *intertrochanter femur* yaitu fraktur yang terdapat garis melintang mulai dari trochanter mayor sampai trochanter minor. Kedua fraktur *subtrochanter femur* disebabkan oleh trauma berkekuatan tinggi yang disertai

dengan penyakit patologis yang menyebabkan tulang menjadi lemah. Ketiga fraktur suprakondiler femur terjadi bagian distal menyebabkan dislokasi ke posterior. Fraktur ini disebabkan adanya penarikan otot-otot gastrocnemius. Keempat fraktur kondiler femur ini disebabkan adanya tekanan ke di sumbu femur ke atas yang dikombinasikan dari dua gaya yaitu hiper abduksi dan adduksi. Kelima fraktur batang femur adalah fraktur terjadi karena adanya trauma langsung yang memiliki kekuatan dengan intensitas tinggi. Ke enam fraktur *collum femur* adalah fraktur yang disebabkan oleh perubahan struktur tulang yang disebabkan tekanan yang mengenai lingkaran acetabulum yang berotasi ke arah posterior (Subagyo, 2013). Menurut teori fraktur yang dialami oleh Ny. T adalah fraktur *collum femur* karena dilihat dari hasil pemeriksaan penunjang terdapat hasil *close* fraktur *collum femur*.

Dari hasil penelitian pada pemeriksaan fisik terdapat kekuatan otot pada kaki kanan memiliki angka 1 dengan adanya fraktur. Terdapat luka operasi dengan panjang luka sepanjang 20 cm dengan keadaan luka bersih tidak ada pus, jahitan jelujur. Terpasang drain pada luka dengan volume 150 ml/ 24 jam.

2. Perencanaan

Hasil pengkajian diperoleh data terdapat rasa nyeri. Muncul saat kaki

kanan di gerakan, seperti di tarik tarik, nyeri pada luka operasi di kaki kanan, dengan skala 5, durasi nyeri 10 – 20 menit. Selain dari data subjektif terdapat data obyektif yang yang menguatkan diagnosa nyeri akut yaitu mimik wajah pasien yang menahan nyeri dan terdapat luka operasi dengan panjang luka sepanjang 20 cm dengan keadaan luka bersih tidak ada pes, jahitan jelujur. Terpasang drain pada luka dengan volume 150 ml/ 24 jam.

Diagnosa keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian adalah nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi, sesuai dengan tanda gejala yang muncul pada pasien, sesuai dengan tanda dan gejala yang muncul yaitu pasien mengeluhkan nyeri, terdapatnya luka operasi, ekspresi wajah yang menahan nyeri. Nyeri akut didefinisikan oleh *Nursing Interventions Classification* sebagai pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul diakibatkan oleh kerusakan jaringan yang secara aktual dan potensial yang muncul secara tiba – tiba atau lambat yang muncul dari intensitas ringan sampai berat selama kurang dari enam bulan.

Dalam *Nursing Interventions Classification* terdapat intervensi keperawatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah nyeri akut meliputi :

- a. Manajemen nyeri yang berisi ² pengkajian nyeri secara komprehensif

termasuk lokasi, karakteristik, skala, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.

- b. Observasi reaksi verbal dan non verbal dan ketidaknyamanan.
- c. Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri.
- d. Kaji kultur yang mempengaruhi nyeri.
- e. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
- f. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.
- g. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.
- h. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri.
- i. Pilih penanganan nyeri (farmakologi dan non farmakologi).
- j. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
- k. Ajarkan teknik non farmakologi.
- l. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.
- m. Tingkatkan istirahat.
- n. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri.
- o. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.

3. Tindakan keperawatan

Tindakan Keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut merupakan

kerjasama antara perawat dan klien dalam mendiskusikan tindakan yang akan dilakukan dan merupakan realita yang ada sehingga meminimalisir efek-efek yang menyebabkan nyeri dan meningkatkan derajat pemulihan nyeri.

4. Pelaksanaan

Tindakan yang dilaksanakan pada pasien Ny. T berdasarkan data yang terdapat dengan masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur pembedahan, trauma). Implementasi keperawatan mulai dilakukan pada tanggal 25 Juli 2019 sampai 29 Juli 2019. Implementasi ini dilakukan untuk tercapainya suatu tujuan dalam mengatasi suatu masalah keperawatan. Di setiap implementasi yang dilakukan ini memiliki kelemahan dan kelebihan.

Implementasi pertama yang dilakukan melakukan pengkajian nyeri dengan mencangkup skala nyeri, frekuensi, lokasi nyeri, karakteristik dan durasi nyeri. Dalam menentukan pengukuran nyeri juga harus menentukan fisiologis, psikologis dan lingkungan. Dalam penilaian nyeri meliputi pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, anamnesis spesifik nyeri, skala nyeri, keadaan yang dapat menimbulkan perasaan nyeri, durasi serta intensitas nyeri (Prasetyo, 2010).

Implementasi yang kedua adalah observasi reaksi verbal dan nonverbal dengan ketidaknyamanan. Observasi reaksi verbal yaitu mengamati reaksi terhadap nyeri dengan cara mengadu ke keluarga atau ke orang lain. Sedangkan reaksi non verbal yaitu reaksi tubuh terhadap nyeri dengan adanya tanda tanda dari gerakan tubuh (Musliha dan Fatmawati 2010).

Implementasi yang ketiga adalah menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri. Teknik ini merupakan salah satu teknik untuk mengetahui pengalaman nyeri secara umum yang pernah pasien alami dan untuk mengetahui apakah pasien pernah mengalami nyeri yang sama (Musliha dan Fatmawati 2010). Implementasi yang ke empat adalah kaji kultur yang mempengaruhi pengalaman nyeri pasien. Mengkaji kultur merupakan salah satu cara untuk mengetahui pengalaman nyeri menurut budaya pasien dan orang yang ada disekitar pasien. Selain itu juga untuk mengetahui budaya yang di gunakan penanganan nyeri secara umum yang di lakukan oleh pasien (Tamsuri, 2012).

Implementasi yang ke kelima adalah mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau. Intervensi ini digunakan untuk mengetahui nyeri yang dulu pernah dialami pasien karena riwayat operasi atau

tidak. Apabila pasien pernah melakukan operasi sehingga pasien memiliki rasa nyeri yang sama karakteristik dan sumbernya (Potter & Perry, 2010). Implementasi yang ke enam adalah mengevaluasi bersama tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri. Intervensi ini merupakan intervensi yang digunakan untuk melakukan pengkajian manajemen nyeri masa lampau yang dilakukan oleh pasien (Tetty, 2015).

Implementasi yang ke tujuh adalah membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. Intervensi ini digunakan untuk memperkuat kondisi psikologis keluarga dan pasien agar selalu berpikiran untuk sembuh lebih cepat. Keadaan psikologis akan membantu kesembuhan pasien sehingga pasien akan patuh untuk melakukan pengobatan. Dalam hal ini keluarga memberikan dukungan moral kepada pasien agar berusaha sembuh dari rasa nyeri yang dialami oleh pasien (Widjanarko, 2012).

Implementasi yang ke delapan adalah kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri. Lingkungan yang tenang dan nyaman pengunjung akan menurunkan stimulus stress sehingga akan menurunkan impuls nyeri yang disebabkan oleh faktor eksternal sehingga meningkatkan kadar oksigen (Mander, 2010). Implementasi yang kesembilan

adalah memilih penanganan nyeri. Intervensi ini merupakan intervensi yang digunakan untuk menentukan penanganan nyeri. Penanganan nyeri dibagi menjadi dua yaitu farmakologi dan non farmakologi. Dalam penanganan nyeri apabila salah satu penanganan nyeri non farmakologi belum berhasil maka akan dilakukan kolaborasi antara penanganan nyeri non farmakologi dan farmakologi. Nyeri yang dialami oleh pasien merupakan nyeri akut dengan skala sedang. Maka perlu adanya dilakukannya kedua penanganan nyeri tersebut (Smeltzer and Bare, 2010).

Implementasi yang kesepuluh adalah mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. Intervensi ini digunakan untuk menentukan tipe nyeri yang ada pada pasien termasuk nyeri akut atau nyeri kronis dan menentukan sumber yang menimbulkan nyeri (Andarmoyo, 2013). Implementasi yang ke sebelas adalah mengajarkan teknik non farmakologi. Teknik non farmakologi adalah teknik pengurangan nyeri dengan tidak menggunakan obat. Teknik non farmakologi terdapat beberapa teknik yang diantaranya adalah teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang bertujuan untuk melepaskan ketegangan pada otot dan mengurangi emosional. Teknik nafas dalam ini dapat mengurangi nyeri yang

menuju saraf bebas sehingga dapat mengurangi persepsi nyeri (Tamsuri, dalam Zees, 2012).

Implementasi yang ke dua belas adalah mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri. Evaluasi ini berguna untuk melihat keefektifan penanganan nyeri. Ketika penanganan nyeri tidak efektif maka akan dilakukan pertimbangan penanganan nyeri selanjutnya secara lebih komprehensif. Implementasi ketigabelas adalah intervensi meningkatkan istirahat. Meningkatkan istirahat juga mengurangi impuls stress yang menyebabkan impuls nyeri timbul. Selain itu kebutuhan oksigen pada jaringan perifer akan menurun. Sehingga darah pada miokardium akan meningkatkan kadar oksigen yang berguna untuk menurunkan iskemia (Smletzer dan Bare , 2010).

Implementasi ke empat belas adalah kolaborasi dengan dokter untuk pemberian deketoprofen yang merupakan jenis obat analgesik dengan dosis 50 mg melalui jalur intravena. Obat analgesik adalah obat yang mengurangi persepsi nyeri yang juga berakibat hilangnya fungsi sensori dan kesadaran (Ivail, 2013). Memberikan injeksi analgesik seperti ketorolac dapat mengurangi *cyclooxygenase* dan memiliki akibat proteksi membran mukosa pada pencernaan terhambat dan menghambat terjadinya pembekuan darah. Selain mengurangi persepsi nyeri obat ini juga

berperan mengurangi bengkak (Kee & Hayes dalam Ropyanto, 2011).

Implementasi ke lima belas adalah memonitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri. Intervensi merupakan evaluasi terhadap pasien tentang penerimaan penanganan nyeri dengan manajemen nyeri. Penerimaan pasien terhadap manajemen nyeri dapat mempengaruhi keadaan nyeri. Ketika penerimaan manajemen nyeri oleh pasien sangat baik maka nyeri berkurang atau ketika penerimaan manajemen nyeri oleh pasien kurang baik maka nyeri akan memiliki rasa yang sama atau bertambah (Lesmana, 2009).

Implementasi yang dilakukan adalah sejumlah lima belas yang disebutkan diatas. Menurut peneliti terdapat kesenjangan antara kasus dan teori, pasien merupakan pasien dengan umur 74 tahun yang dimana merupakan dalam kriteria usia lansia sehingga menurunnya pendengaran pasien sehingga perlu ada dukungan keluarga yang baik untuk bekerja sama mengatasi masalah yang terjadi pada pasien sehingga skala nyeri turun. Sehingga proses kesembuhan pasien dapat lebih cepat.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses tahapan terakhir dari suatu proses. Evaluasi dalam proses keperawatan adalah tindakan

keperawatan yang paling akhir setelah diberikan beberapa rencana keperawatan yang diberikan kepada klien dan yang telah dilaksanakan (Diagnosa Keperawatan, 2015). Pada tahap ini juga berguna memonitor tindakan apa saja yang belum dilakukan oleh perawat selama dilakukannya pengkajian, analisa, perencanaan dan implementasi (Ignatavicius & Bayne, 1994 dalam Nursalam 2011).

Setelah melakukan tindakan keperawatan dengan diagnosa nyeri akut pada tanggal 25 Juli 2019. Terdapat data subjektif pasien mengeluhkan nyeri pada daerah luka operasi, dengan skala 5, seperti di tarik – tarik, terasa sekitar 10 – 20 menit, menghilang timbul. Pasien merasa nyaman dengan ditutupnya lingkungan dengan sketsel sehingga mengurangi stress. Pasien mengatakan waktu istirahat selama 2 jam. Didukung dengan data objektif keadaan umum lemah, wajah sedikit pucat, sedikit kaku menahan nyeri, pasien bisa melakukan teknik nafas dalam, pemberian obat analgesik berupa dekoprofen sebanyak 50 mg. Sehingga di dapatkan assessment hari pertama masalah belum teratasi maka perlu dilanjutkan intervensi yaitu 1) Manajemen nyeri yang berisi pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, skala, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2)

Observasi reaksi verbal dan non verbal dan ketidaknyamanan. 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeritipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 11) Ajarkan teknik non farmakologi. 12) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri. 13) Tingkatkan istirahat. 14) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri.

Hasil evaluasi pada tanggal 26 Juli 2019. Diperkuat dengan adanya data subjektif menunjukkan pasien yang menyatakan nyeri ,muncul saat kaki kanan digerakan ,seperti di tarik – tarik, nyeri pada luka operasi di paha kanan, dengan skala 4, durasi nyeri 10 – 15 menit. Pasien merasa nyaman dengan ditutupnya lingkungan dengan sketsel sehingga mengurangi stress Pasien mengatakan ada penurunan skala nyeri dan waktu istirahat selama 9 jam. Selain itu juga di dukung dari data objektif keadaan umum lemah, pemeriksaan pada wajah sedikit pucat, sedikit kaku menahan nyeri. Didukung dengan data objektif pasien melakukan teknik nafas dalam pemberian obat analgesik berupa dekoprofen sebanyak 50 mg. Sehingga di dapatkan assessment masalah keperawatan teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan adalah 1) Manajemen nyeri yang berisi pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, skala, frekuensi,

kualitas dan faktor presipitasi. 2) Observasi reaksi verbal dan non verbal dan ketidaknyamanan. 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeritipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 11) Ajarkan teknik non farmakologi. 12) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri. 13) Tingkatkan istirahat. 14) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri.

Hasil evaluasi pada tanggal 27 Juli 2019, didapatkan data subjektif pasien mengeluhkan nyeri, muncul saat kaki kanan digerakan, seperti di tarik – tarik, nyeri pada luka operasi di paha kanan, dengan skala 4, durasi nyeri 5 - 10 menit. Pasien merasa nyaman dengan posisi tidur terlentang dengan bagian kaki yang di operasi di sokong dengan bantal. Pasien mengatakan belum ada penurunan skala nyeri. Pasien mengatakan waktu istirahat selama 10 jam. Serta didukung dengan data objektif keadaan umum klien lemah, pemeriksaan wajah sedikit pucat, tenang. pasien melakukan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri. Pemberian obat analgesik berupa deketoprofen sebanyak 50 mg. Sehingga di dapatkan assessment masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan yaitu 1) Manajemen nyeri yang berisi ² pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, skala, frekuensi, kualitas dan

faktor presipitasi. 2) Observasi reaksi verbal dan non verbal dan ketidaknyamanan. 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 11) Ajarkan teknik non farmakologi. 12) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri. 13) Tingkatkan istirahat. 14) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri.

Hasil evaluasi pada tanggal 28 Juli 2019. Pernyataan dari Pasien mengeluhkan nyeri, muncul saat kaki kanan di gerakan, seperti di tarik tarik, nyeri pada luka operasi di paha kanan, dengan skala 3, durasi nyeri 5 - 10 menit. Pasien merasa nyaman dengan adanya aliran udara yang tidak terlalu dingin atau panas melalui jendela sehingga rasa nyeri berkurang. Pasien mengatakan belum ada penurunan skala nyeri. Pasien mengatakan waktu istirahat selama 10 jam. Didukung dengan data objektif keadaan umum lemah, pemeriksaan wajah sedikit pucat, wajah tampak tenang, pasien bisa melakukan teknik nafas dalam, pemberian obat deketoprofen dengan dosis 50 mg. Sehingga di dapatkan assessment masalah teratasi sebagian karena ada penurunan skala nyeri dan dilanjutkannya intervensi kepada pasien yaitu 1) Manajemen nyeri yang berisi ² pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi,

karakteristik, skala, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2) Observasi reaksi verbal dan non verbal dan ketidaknyamanan. 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeritipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 11) Ajarkan teknik non farmakologi. 12) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri. 13) Tingkatkan istirahat. 14) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri.

Hasil evaluasi pada tanggal 29 Juli 2019. Pasien mengatakan nyeri ,muncul saat kaki kanan digerakan ,seperti di tarik tarik, nyeri pada luka operasi di paha kanan, dengan skala 2, durasi nyeri 5 - 10 menit. Disertai dengan data objektif berupa keadaan umum yang lemah, wajah sedikit pucat, ekspresi wajah tenang. Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam. Pemberian obat deketoprofen dengan dosis 50 mg. Sehingga di dapatkan assessment dihentikan disebabkan nyeri yang dirasakan memiliki skala 2 dalam kriteria nyeri ringan.

KESIMPULAN

1. Pengkajian dalam penelitian ini menggunakan teknik *head to toe* yang merupakan teknik memeriksa seluruh bagian tubuh pasien. Tetapi data yang disajikan oleh penulis merupakan data

yang difokuskan dalam masalah keperawatan yang muncul. Data fokus yang muncul ketika pemeriksaan yang ada adalah keadaan umum lemah, jumlah denyutan nadi 88 kali per menit, suhu 36⁰C, tekanan darah 110/80 mmHg, jumlah pernapasan 20 kali per menit. Inspeksi keadan muka pucat , sedikit kaku menahan nyeri. Pemeriksaan anggota gerak (Ekstremitas)

Kekuatan otot :

4	4
1	4

Fraktur:

-	-
+	-

Kaki Kanan: Terdapat fraktur pada paha kanan yang telah di operasi dengan luka operasi yang di tutupi kassa steril dengan panjang 25 cm, keadaan kassa bersih tidak kotor. Terpasang drain dengan volume 150 ml/ 24 jam dengan warna merah, pasien membatasi gerakan pada kaki yang di operasi. Pada saat luka di sentuh oleh perawata, pasien menjauhkan tangan perawat dari luka. Di dukung dengan pemeriksaan penunjang rontgen yang menunjukkan *close fraktur collum femur*.

Di dukung dengan data subjektif dari pasien yaitu saat pengkajian pasien mengeluhkan nyeri pada saat kaki kanan di gerakan dan hilang ketika kaki kanan tidak digerakan, nyeri terasa seperti di tarik tarik, nyeri pada luka operasi di paha kaki kanan, dengan skala 5, durasi nyeri 10 – 20 menit. Maka peneliti menyimpulkan bahwa pasien mengalami nyeri dengan skala 5 yang di ukur menggunakan skala numerik dan skala analog visual (Andarmoyo, 2013).

2. Diagnosa yang muncul pada saat melakukan proses keperawatan adalah nyeri akut berubangan dengan agen cedera fisik (prosedur pembedahan, trauma).
3. Setelah di temukan diagnosa keperawatan maka akan dilakukan rencana keperawatan yaitu 1) Manajemen nyeri yang berisi pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, skala, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2) Observasi reaksi verbal dan non verbal dan ketidaknyamanan. 3) Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri. 4) Kaji kultur yang mempengaruhi nyeri. 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau. 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang

ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau. 7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri. 9) Pilih penanganan nyeri (farmakologi dan non farmakologi). 10) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 11) Ajarkan teknik non farmakologi. 12) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri. 13) Tingkatkan istirahat. 14) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri. 15) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.

4. Tindakan keperawatan yang dilakukan penelneliti dalam mengatasi masala klien adalah 1) Manajemen nyeri yang berisi pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, skala, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2) Observasi reaksi verbal dan non verbal dan ketidaknyamanan. 3) Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri. 4) Kaji kultur yang mempengaruhi nyeri. 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau. 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau. 7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan

dukungan. 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri. 9) Pilih penanganan nyeri (farmakologi dan non farmakologi). 10) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 11) Ajarkan teknik non farmakologi. 12) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri. 13) Tingkatkan istirahat. 14) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri. 15) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri. Terdapat kesenjangan antara kasus dan teori, pasien merupakan pasien dengan umur 74 tahun yang dimana merupakan dalam kriteria usia lansia sehingga menurunkan pendengaran pasien sehingga perlu ada dukungan keluarga yang baik untuk bekerja sama mengatasi masalah yang terjadi pada pasien sehingga skala nyeri turun. Sehingga proses kesembuhan pasien dapat lebih cepat.

5. Pada hasil akhir evaluasi keperawatan, peneliti mendapatkan hasil nyeri yang dirasakan memiliki skala 2 dalam kriteria nyeri ringan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul dan Uliya. 2012. Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia. Surabaya : Health Books.
- Andarmoyo. 2013. Konsep dan Keperawatan Nyeri. Yogyakarta : Ar – Ruzz Media.
- Helmi, Z., N. 2012. Buku Gangguan Muskuloskeletal. Jakarta: Salemba Medika.
- Herdman, T.H & Kamitsuru, S. 2014. *International Nursing Diagnoses : Definitions & Classification*. Oxford : Wiley Blackwell.
- Hermanus Mz. 2015. *Riset Kesehatan*. Yogyakarta : Ombak.
- Muttaqin, A. 2011. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Integumen*. Jakarta : Salemba Medika.
- NANDA NIC NOC. 2015. *Aplikasi Asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda*. Jogjakarta : Mediacion.
- Nursalam. 2011. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Medika Salemba.
- Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4*. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009) *Fundamental of Nursing: Fundamental Keperawatan*. Buku 1. Edisi 7. Jakarta:
- Pranacintya, Dwi, A, Harmilah, Subroto. 2014. *Kompres Hangat Menurunkan Nyeri Persendian Osteoarthritis pada*

- lanjut usia. Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 10(1).
- Prasetyo,S.N. 2010. *.Konsep dan Proses Keperawatan (Musliha dan Fatmawati 2010)*.
- Ropyanto, Candra. 2011. Analisis faktor – faktor yang berhubungan dengan status fungsional pasien pasca open reduction internal fixation (ORIF) Fraktur Ekstremitas bawah. Di rs. Ortopedi PROF Soeharso Surakarta. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*.
- Saryono & Anggraeni. 2010. Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Sjamsuhidayat. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi II*. Jakarta : Egc.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, Volume 1 Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Tamsuri. 2012. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC.
- Zairi. 2012 *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletall*. Jakarta : Salemba

STUDI KASUS : UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR FEMUR

ORIGINALITY REPORT

10%

SIMILARITY INDEX

10%

INTERNET SOURCES

%

PUBLICATIONS

%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

garuda.kemdikbud.go.id

Internet Source

6%

2

vdocuments.net

Internet Source

4%

Exclude quotes On

Exclude matches < 4%

Exclude bibliography On