

BAB V PEMBAHASAN

A. Analisis Asuhan Keperawatan Dan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi

Fraktur Femur

Pembahasan pada bagian ini akan menjelaskan perbandingan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus untuk memenuhi tujuan khusus dari penelitian kasus ini. Pembahasan perbandingan ini akan dilakukan secara berurutan dengan menggunakan proses keperawatan dimulai dari tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan untuk mengupulkan informasi dan data pasien (Rizal, 2019). Hasil pengkajian pada Tn.W dengan diagnosa medis Post ORIF Femur hari ke 0 didapatkan bahwa tanda gejala fraktur terdiri dari nyeri yang tak henti dan bisa bertambah hingga fragmen tulang dapat diimobilisasi, muncul pembengkakan, terjadi pemendekan tulang, terjadi pembengkakan pada area fraktur dan perubahan warna local pada kulit hal ini sejalan dengan (Hadi, 2016). Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta pada kasus Tn.W.

Pengkajian yang dilakukan pada Tn.W didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada paha sebelah kanan luka operasi. Data objektif didapatkan pasien tampak meringis menahan nyeri, pasien tampak gelisah dan sulit tidur.

Berdasarkan pengkajian keperawatan ditemukan tanda atau gejala mayor pada pasien dan juga gejala minor. Data subjektif mayor yang didapatkan yaitu pasien mengeluh

nyeri, adapun data objektif mayor yang ditemukan pada pasien yaitu pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, frekuensi nadi pasien meningkat, pasien sulit tidur.

Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien, diantaranya data subjektif dan data objektif sesuai dengan acuan teori yang digunakan yaitu SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) menurut acuan teori yang digunakan dalam pengkajian keperawatan nyeri akut terdapat tanda atau gejala mayor dan minor dilihat dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif mayor yaitu pasien mengeluh nyeri, adapun data objektif mayor yang ditemukan pada pasien yaitu pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, frekuensi nadi pasien meningkat, pasien sulit tidur. Adapun data objektif minor yaitu tekanan darah pasien meningkat.

2. Diagnosis Keperawatan Asuhan Keperawatan Dan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Tn.W didapatkan data subjektif dan data objektif pasien dimana ditemukan 80% pada tanda dan gejala mayor dengan masalah nyeri akut dan ditemukannya data objektif minor, sehingga dapat ditegaskan diagnosis keperawatan pada kasus ini yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik prosedur setelah operasi ditandai dengan pasien mengeluh nyeri ketika paha kanan digerakkan, pasien tampak meringis ketika menahan nyeri dan sulit tidur, pasien tampak gelisah, tekanan darah pasien meningkat.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ofaliani (2022) pasien post operatif fraktur mengalami nyeri akut pada bagian yang dilakukan pembedahan. Menurut Anggraini & R.A. Fadila (2021) hasil penelitiannya menyatakan bahwa sebanyak 15 responden penderita post operasi fraktur yang mengalami nyeri dengan intervensi yang diberikan

yaitu kompres dingin *cold pack* yang memiliki efek signifikan sebanyak 9 responden (60%) dan dengan kategori berat sebanyak 6 responden (40%), skala nyeri setelah kompres dingin dengan kategori ringan sebanyak 10 responden (66,7 %) dan dengan kategori sedang sebanyak 5 responden (33,3%).

Diagnosis keperawatan pada kasus ini adalah diagnosis actual yang terdiri dari etiologi (penyebab) dan sign atau symptom (tanda atau gejala). Nyeri post operasi merupakan tanda kerusakan jaringan dan merupakan respons biologis terhadap cedera. Nyeri akut biasanya mereda setelah kerusakan jaringan diperbaiki.

Hal ini menyatakan bahwa sesuai dengan teori pada buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia yang dijadikan sebagai acuan bahwa syarat untuk menegakkan diagnosis yaitu tanda atau gejala mayor yang ditemukan sekitar 80-100% untuk memvalidasi diagnosis. Ada 2 jenis diagnosa keperawatan yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif yaitu diagnosis actual dengan diagnosis risiko. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu problem (masalah) dan indikator diagnostik yang terdiri dari etiologi (penyebab), sign atau symptom (tanda atau gejala), serta faktor risiko. Pada diagnosa actual dengan indikator diagnostik terdiri dari etiologi (penyebab) dan sign atau symptom (tanda atau gejala).

3. Rencana Keperawatan

Berdasarkan hasil data perencanaan keperawatan, pada bagian tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, sulit tidur menurun, frekuensi nadi membaik, melaporkan nyeri terkontrol meningkat,

kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik non farmakologi meningkat, keluhan nyeri menurun. Intervensi keperawatan yang digunakan pada kasus ini terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung dengan label manajemen nyeri, pemberian analgesic, dan terapi relaksasi (SLKI DPP PPNI, 2018)

Berdasarkan perencanaan yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi utama dan intervensi pendukung serta intervensi inovasi ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan. Pada intervensi utama yaitu mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, mempeimankan jenis dan sume nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, mendiskusikan jenis analgesic yang sesuai untuk mencapai analgesia optimal, mempertimbangkan penggunaan infus atau bolus untuk mempertahankan kadar dalam serum. Adapun intervensi pendukung yang tidak dapat dilaksanakan meliputi, mengidentifikasi penurunan tingkat nyeri, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang dapat mengganggu kemampuan kognitif, memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi, menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi asuhan kepeawaan adalah kegiatan yang dilakukan seorang perawat untuk membantu seorang pasien terhadap masalah status kesehatan pasien yang dihadapi dengan baik, yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Leniwita & Anggraini, 2019). Implementasi dilakukan pada pasien post operasi fraktur dengan nyeri akut selama 3x24 jam dengan manajemen nyeri, pemberian analgesic, terapi

relaksasi dan *cold pack* dimana terdiri dari tindakan observasi, terapeutik dan edukasi serta kolaborasi.

Tindakan keperawatan observasi pada intervensi utama dan intervensi pendukung meliputi, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. Selanjutnya pada tindakan terapeutik mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, mendiskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesia yang optimal, mempertimbangkan penggunaan infus kontinu atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum, memberikan informasi tertulis tentang perisapan dan prosedur teknik relaksasi. Tindakan keperawatan edukasi meliputi menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih. Tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan acuan teori yang digunakan. Acuan teori intervensi keperawatan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian hasil dan proses. Penilaian menentukan hasil seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang perawat buat pada tahap perencanaan (Saroh, 2019).

Evaluasi keperawatan ini yang digunakan pada kasus ini dengan metode subjektif, objektif, assessment dan planning. Hasil evaluasi pada Tn.W setelah dilakukan implementasi selama 3 x 24 jam yakni S : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang skala nyeri 4 (0-10). pasien mengatakan suda tidak mengalami kesulitan tidur, O: Klien tampak tidak meringis, frekuensi nadi membaik, kemampuan mengenali onset nyeri, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, A: Masalah teratasi, P: Tingkatkan kondisi pasien, anjurkan pasien untuk menggunakan kompres dingin *cold pack* jika nyeri timbul.

B. Analisis *Cold Pack* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur

Pada peneliian ini dilaksanakan pneapan intervensi inovasi yang telah dipilih sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi inovasi yang telah diberikan pada kasus kelolaan pada pasien Tn.W dengan nyeri akut yaitu dengan pemberian kompres dingin *cold pack*. Kompres dingin *cold pack* merupakan suatu prosedur menempatkan suatu benda dingin pada tubuh bagian luar. Kompres dingin sebagai alternative penanganan nyeri pada pasien dengan nyeri ringan ataupun sedang tidak digunakan lagi dalam panduan penanganan nyeri (Kristanto & Arofiati, 2016).

Pada kasus ini pasien yang mengalami nyeri akut diberikan intervensi kompres dingin *cold pack*. Setelah diberikan kompres dingin cold pack selama kurang lebih 15 menit secara bertahap selama 3 x 24 jam didapatkan hasil bahwa nyeri yang dirasakan pasien sudah berkurang dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 4. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Malorung et al (2022) yang menyatakan bahwa

penerapan kompres dingin yang dilakukan dapat menurunkan nyeri pada pasien post operasi fraktur dari skala nyeri 6 menjadi 2.

Kompres dingin dengan *cold pack* dilakukan setelah pasien pulih kesadarannya pasca operasi dan diintervensi kompres dengan *cold pack* selama 15 menit dan kemudian dilepas selama 15 menit. Siklus pengompresan dengan *cold pack* diatas diulang sampai sampai 4 kali siklus pengompresan atau selama 2 jam. Pengompresan dengan *cold pack* pada tahap analgetik II dilakukan kurang lebih 3-4 jam setelah pemberian obat di bangsal. Proses pengompresan dan pengukuran skala nyeri seperti pada siklus pertama. Hasil penelitian sejalan dengan Mediarti et al (2015) Kompres dingin dapat dilakukan di sekitar area yang terasa nyeri atau di sisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan area yang terasa nyeri, proses ini membutuhkan waktu sekitar 5 hingga 10 menit selama 24 hingga 48 jam setelah terjadinya pembedahan. Sehingga pada Karya Ilmiah Akhir ini dapat disimpulkan bahwa intervensi pendukung kompres dingin Cold Pack dapat diimplementasikan sebagai alternative teknik non farmakologi pada pasien post operasi fraktur dengan masalah nyeri akut di Ruang Royal Prince.