

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab laporan kasus ini dideskripsikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada dua orang pasien dengan nyeri akut fraktur tertutup di UGD RS Bangli.

A. Pengkajian

Pengkajian data keperawatan pada pasien dilakukan dengan teknik anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Adapun data keperawatan yang didapat disajikan pada tabel dibawah ini:

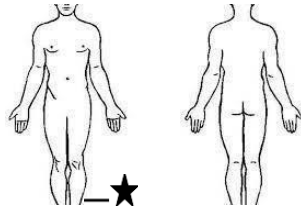
Tabel 2
Pengkajian Keperawatan Kasus Kelolaan

Kasus I	Kasus II
1. Identitas Pasien:	1. Identitas pasien:
a. Nama: TN. NS	a. Nama: Tn.MM
b. Umur: 51 Tahun	b. Umur: 53 Tahun
c. No.RM: 247XX	c. No.RM: 250XX
d. Jenis Kelamin: Laki-laki	d. Jenis Kelamin: Laki-laki
e. Tanggal Pengkajian: 5 Maret 2024	e. Tanggal Pengkajian: 14 Maret 2024
2. Riwayat kesehatan pasien:	2. Riwayat kesehatan pasien:
Pasien datang ke UGD diantar oleh keluarga, mengeluh nyeri pada kaki kiri sejak terjatuh di rumahnya tadi pagi pukul 06.00 wita. Riwayat mual muntah (-), nyeri kelapa (-), hipertensi (-), Diabetes militus (-).	Pasien datang UGD diantar keluarga, pasien mengeluh nyeri tangan kiri sejak terjatuh di halaman rumahnya tadi pagi pukul 10.00 wita. Riwayat mual muntah (-), nyeri kepala (-), hipertensi (-), Diabetes militus (-).

Kasus I	Kasus II
4. Diagnosa medis: Fraktur tertutup Tibia 1/3 Distal Sinistra.	4. Diagnosa medis: Fraktur tertutup Radius 1/3 Distal Sinistra
5. Initial Survey: A (alertness)	5. Initial Survey: A (alertness)
6. Warna Triase: P2 (Kuning)	6. Warna Triase: P2 (Kuning)
PRIMARY SURVEY	
AIRWAY	
1. Tingkat Kesadaran: compos mentis	1. Tingkat kesadaran: compos mentis
2. Pernapasan: bebas	2. Pernapasan: bebas
3. Upaya bernapas: ada	3. Upaya bernapas: ada
4. Benda asing di jalan napas: tidak ada	4. Benda asing di jalan napas: tidak ada
5. Bunyi napas: vesikuler	5. Bunyi napas: vesikuler
BREATHING	
1. Jenis pernapasan: normal	1. Jenis pernapasan: normal
2. Frekuensi pernapasan: 22x/menit	2. Frekuensi pernapasan: 20x menit
3. Retraksi otot bantu napas: tidak ada	3. Retraksi otot bantu napas: tidak ada
4. Kelainan dinding thorax: tidak ada	4. Kelainan dinding thorax: tidak ada
5. Hembusan napas: cepat	5. Hembusan napas: cepat
6. Bunyi napas: vesikuler	6. Bunyi napas: vesikuler
CIRCULATION	
1. Pendarahan (internal/eksternal):ada	1. Pendarahan (internal/eksternal):ada
2. CTR: <2 detik	2. CTR: <2 detik
3. Nadi: 110x/menit	3. Nadi: 110x/menit
4. Akral: hangat	4. Akral: hangat
5. Tekanan darah: 120/80 mmHg	5. Tekanan darah: 120/80 mmHg
DISABILITY	
1. Pupil: isokor	1. Pupil: isokor
2. GCS: E4 V 5 M6	2. GCS: E4 V 5 M6
3. Reflek pupil: +/+	3. Reflek pupil: +/+

Kasus I

Kasus II

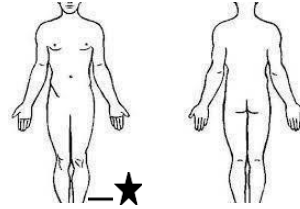
PEMERIKSAAN FISIK**1. GAMBAR TUBUH**

2. ROM: terbatas

3. Deformitas: tidak ada

4. Bengkak: kaki kiri

5. Krepitasi: tidak ada

PEMERIKSAAN FISIK**1. GAMBAR TUBUH**

2. ROM: terbatas

3. Deformaitas: tidak ada

4. Bengkak: kaki kiri

5. Krepitasi: tidak ada

B. Diagnosa Keperawatan

Tahap perumusan diagnosa keperawatan diawali dengan analisa data untuk dapat menentukan masalah keperawatan yang telah dirumuskan selanjutnya dianalisa untuk mencari penyebab masalah keperawatan tersebut pada pasien. Berdasarkan masalah keperawatan dan penyebabnya maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yang mencakup komponen masalah, penyebab, dan gejala atau tanda yang ada pada pasien.

1. Masalah Keperawatan

Berikut disajikan analisa data dan analisa masalah keperawatan nyeri akut yang muncul pada pasien fraktur tertutup di Ruang UGD RS Bangli.

Tabel 3.

Analisa Data dan Analisa Masalah Keperawatan Kasus Kelolaan I: Nyeri Akut pada Pasiendengan Fraktur Tertutup di UGD RS Bangli Tahun 2024.

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
DS:	Fraktur	Nyeri akut
Pasien mengeluh nyeri pada kaki kirinya. Nyeri dirasakan seperti tertusuk, nyeri yang terus menerus. Nyeri bertambah parah dirasakan jika menggerakkan kaki kirinya.	<pre> graph TD A[Fraktur] --> B[Diskontinuitas tulang] B --> C[Pergeseran fragmen tulang] C --> D[Pelepasan histamin] D --> E[Merengsang nosiseptor] E --> F["(reseptor nyeri)"] F --> G[Saraf aferen] G --> H[Cartek cerebri] H --> I[Nyeri Akut] </pre>	
DO:		
- Pasien tampak meringis dan gelisah - Skala nyeri 6 (1-10) - Bersikap protektif terhadap kaki kirinya - TD: 120/80 mmHg		

- Nadi: 110x/menit

Tabel 4.

Analisa Data dan Analisa Masalah Keperawatan Kasus Kelolaan II: Nyeri Akut pada Pasien dengan Fraktur Tertutup di UGD RS Bangli Tahun 2024.

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
DS:	Fraktur	Nyeri akut
• Pasien mengeluh nyeri pada tangan kiri, nyeri seperti tertusuk dan dirasakan terus menerus. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika tangan kirinya digerakkan	Diskontinuitas tulang ↓ Pergeseran fragmen tulang ↓ Pelepasan histamin ↓ Merangsang nosiseptor (reseptor nyeri) ↓ Saraf aferen ↓ Cartek cerebri ↓ Nyeri Akut	
DO:		
• Pasien tampak meringis dan gelisah • Skala nyeri 5 (1-10) • Bersikap protektif terhadap kaki kirinya		

-
- TD: 130/80 mmHg
 - Nadi: 104x/menit
-

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan yang terjadi pada pasien kasus I dan kasus II yaitu akut (PPNI, 2018a).

2. Diagnosis Keperawatan

Tabel 5
Diagnosis Keperawatan Kasus Keloan I dan II

KASUS I	KASUS II
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri, skala nyeri 6 (1-10), nyeri dirasa seperti tertusuk, nyeri bertambah dikarenakan menggerakkan kaki kirinya dan nyeri dirasakan terus menerus. Pasien tampak meringis dan gelisah, pasien tampak bersikap protektif terhadap kaki kirinya. TD: 120/80 mmHg, nadi: 110x/menit	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada tangan kiri skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasa seperti tertusuk dan dirasakan terus menerus, pasien mengeluh nyeri bertambah jika menggerakkan tangan kirinya, pasien tampak meringis dan gelisah serta protektif terhadap

tangan kiri, TD 130/80 mmHg, Nadi:
104x/menit

C. Perencanaan Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan yang mencakup rumusan tujuan, rencana tindakan keperawatan atau intervensi secara lengkap seperti dalam lampiran. Rumusan tujuan dan intervensi pada pasien kelolaan I dan II dengan masalah nyeri akut post pada pasien fraktur tertutup di UGD RS BaliMéd Buleleng sebagai berikut:

1. Tujuan keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 60 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, gelisah menurun dan bersikap protektif terhadap lokasi nyeri

menurun.

2. Intervensi

Menurut (PPNI, 2018), intervensi pada pasien nyeri akut adalah manajemen nyeri dan pemantauan nyeri.

a. Manajemen nyeri, tindakan yang direncanakan adalah

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 4) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 5) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 6) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan memberikan kompres dingin *cold pack*.

b. Pemantauan nyeri, tindakan yang direncanakan:

- 1) Identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri
- 2) Monitor kualitas nyeri
- 3) Monitor lokasi dan penyebaran nyeri
- 4) Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala
- 5) Monitor durasi dan frekuensi nyeri
- 6) Terapeutik
- 7) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
- 8) Dokumentasikan hasil pemantauan
- 9) Edukasi
- 10) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

11) Informasikan hasil pemantauan jika perlu.

D. Pelaksanaaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan atau implementasi pada prinsipnya melaksanakan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Tindakan yang dilaksanakan juga mencakup tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Implementasi lengkap seperti terdapat pada lampiran.

Bagian ini mendeskripsikan tindakan kompres dingin *cold pack* yang telah diberikan pada pasien. Langkah pelaksanaan kompres dingin *cold pack* sebagai berikut: Pada kasus kelolaan I:

Pelaksanaan kompres dingin *cold pack* pada pasien kelolaan I pada tanggal

1. Setelah pasien masuk ke UGD, sekitar pukul 07.00, pasien diatur dengan posisi yang nyaman, dilakukan pemeriksaan hemodinamik meliputi tekanan darah, HR, SaO₂, RR, dan suhu tubuh, selanjutnya dilakukan pengkajian keperawatan gawat darurat, dilanjutkan dengan pemeriksaan penunjang laboratorium dan radiologi.
2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri.
3. Identifikasi respon nyeri non verbal, dan faktor yang memperberat nyeri.
4. Menyiapkan lingkungan yg tenang, pencahayaan yang cukup, menutup sampiran dan mengatur suhu ruangan yang sesuai kebutuhan pasien.
5. Melakukan tindakan reduksi dan pemasangan gips

6. Kolaborasi pemberian analgetik
7. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri menggunakan kompres dingin *cold pack*.
8. Meletakkan handuk diantara *cold pack* dan bagian tubuh pasien yang mengalami fraktur.
9. Intervensi kompres dengan *cold pack* selama 20 menit.
10. *Cold pack* dilepas setelah 20 menit.
11. Kaji kembali skala nyeri pasien.
12. Selama prosedur berlangsung pemantauan hemodinamik selalu dilakukan.

Pada kasus kelolaan II:

Pelaksanaan kompres dingin *cold pack* pada pasien kelolaan II pada tanggal

1. Setelah pasien masuk ke UGD, sekitar pukul 12.30, pasien diatur dengan posisi yang nyaman, dilakukan pemeriksaan hemodinamik meliputi tekanan darah, HR, SaO₂, RR, dan suhu tubuh, selanjutnya dilakukan pengkajian dan pemeriksaan penunjang laboratorium dan radiologi.
2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri.
3. Identifikasi respon nyeri non verbal, dan faktor yang memperberat nyeri.
4. Menyiapkan lingkungan yg tenang, pencahayaan yang cukup, menutup sampirandan mengatur suhu ruangan yang sesuai kebutuhan pasien.
5. Melakukan tindakan reduksi dan pemasangan gips
6. Kolaborasi pemberian analgetik
7. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri menggunakan kompres dingin *cold pack*.

8. Meletakkan handuk diantara *cold pack* dan bagian tubuh pasien yang mengalami fraktur.
9. Intervensi kompres dengan *cold pack* selama 20 menit.
10. *Cold pack* dilepas setelah 20 menit.
11. Kaji kembali skala nyeri pasien
12. Selama prosedur berlangsung pemantauan hemodinamik selalu dilakukan

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilaksanakan dalam dua tahap yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilaksanakan setiap selesai melaksanakan satu tindakan keperawatan yang terdapat pada catatan keperawatan pasien. Evaluasi hasil dilaksanakan mengacu pada rumusan tujuan yaitu kriteria waktu memberikan acuan kapan evaluasi hasil dilaksanakan dan kriteria hasil menjadi acuan apakah masalah keperawatan teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi dengan menggunakan metode SOAP. Evaluasi hasil terhadap tindakan pemberian kompres dingin *cold pack* pada pasien dengan nyeri akut fraktur tertutup di UGD RS BaliMéd Buleleng dilaksanakan dengan metode SOAP seperti pada tabel di bawah:

Tabel 6

Evaluasi Hasil Pada Kasus Kelolaan I dan II: Pasien dengan Nyeri Akut Frakturtertutup di UGD RS Bangli Tahun 2024.

Komponen SOAP	Kasus 1	Kasus 2
---------------	---------	---------

Subyektif	Pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman, nyeri dirasakan sudah berkurang, nyeri dirasakan pada kaki kiri, nyeri dirasakan seperti tangan kiri, nyeri dirasakan tertusuk, nyeri dirasakan hilang timbul.	Pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman, nyeri dirasakan sudah berkurang, nyeri dirasakan pada luka, nyeri dirasakan seperti tertusuk, nyeri dirasakan hilang timbul.
Objektif	• Kesadaran: compos mentis • TD: 120/80 mmHg • Nadi: 90x/menit • RR: 22x/menit • S: 36,6°C • Pasien tampak lebih tenang • Skala nyeri 4 (1-10) • Gelisah (-) • Meringis (-) • Sikap protektif terhadap lokasi luka (-)	• Kesadaran: compos mentis • TD: 120/80 mmHg • Nadi: 84 x/menit • RR: 20x/menit • S: 36,5°C • Pasien tampak lebih tenang • Skala nyeri 3 (1-10) • Gelisah (-) • Meringis (-) • Sikap protektif terhadap lokasi luka (-)
Assesment	Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan	Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan

	agen pencedera fisik teratasi sebagian	agen pencedera fisik teratasi sebagian
Planing	Pertahankan kondisi pasien dan anjurkan kontrol kembali ke Poliklinik	Pertahankan kondisi pasien dan anjurkan kontrol kembali ke poliklinik
