

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan melalui metode wawancara langsung dengan pasien, keluarga, serta telaah data rekam medis pasien yang mengalami fraktur tertutup ekstremitas bawah dengan masalah Manajemen Nyeri Akut. Pengkajian dilakukan pada hari pertama sejak pasien dirawat di Ruang Takmung RSUD Klungkung pada 14 Agustus 2024 pukul 13.20 WITA. Pengumpulan data dilakukan setelah pasien dan keluarganya memberikan persetujuan melalui *informed consent* yang telah disiapkan peneliti sebagai bukti kesediaan partisipasi dalam penelitian ini.

Dari hasil pengkajian Rabu , 14 agustus 2024 pukul 13.20 WITA, pasien datang ke IGD RSUD Klungkung pada tanggal 13/08/2024 pukul 08.30 wita, diantar oleh orang tuanya, akibat mengalami kecelakaan menabrak anjing di jalan akibat tergelincir. Kemudian pukul 09.00 Wita pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri dari bagian paha hingga ke lutut pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki bagian kiri, lutut kiri tampak bengkak, tidak tampak jejas pada area wajah, dada dan tangan. Pasien dilakukan pemeriksaan oleh perawat di IGD RSUD Klungkung Pemeriksaan TTV : TD 140/70 mmHg, Nadi : 88 x/menit, RR : 22x/menit, S : 36,7 ⁰C , kesadaran compos. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan oleh dokter jaga IGD setelah di lakukan pemeriksaan dokter meminta perawat untuk melakukan rontgen terlebih dahulu untuk melihat kejelasan fraktur yang di alami oleh pasienn serta di lakukan pemasangan spalk untuk meminimalisir pergerakan pada kaki kiri yang mengalami fraktur dan pembersihan luka lecet di telapak tangan. Pada pukul 09.30 pasien di bawa ke ruangan radiologi untuk di rontgen, setelah itu

pasien balik ke IGD. Pada pukul 10.00 Wita hasil pemeriksaan rontgen keluar dan dokter jaga IGD melaporkan kepada keluarga, lalu pasien di diagnosa Fraktur Tertutup Eminentia Tibia Sinistra dan harus dilakukan tindakan operasi untuk memperbaiki bentuk tulang pada pasien dan pemasangan gips akan di rawat inap di ruang takmung. Setelah keluarga pasien setuju, perawat melakukan tindakan pemberian IVFD NS 20 tpm, pemberian injeksi tetagam, drip paracetamol 1 gr, drip ceftriaxone dalam NS 100 cc. Pasien di pindahkan ke ruangan takmung pukul 13. 42 Wita untuk melakukan perawatan dan prosedur operasi. Setelah dilakukan pemeriksaan di ruang takmung pukul 14.00 wita oleh dokter ortopedi pasien direncanakan operasi pada tgl 14/08/2025 pukul 10.00 Wita dan dilakukan puasa dari jam 12 malam hanya boleh minum saja. Pada tanggal 14/08/2024 pada pukul 10.00 Wita pasien berada di ruangan operasi tindakan pemasangan pelat dan sekrup anastesi yang diberikan epidural anastesi. Setelah pasien sadar dari operasi, pasien akan di pindahkan ke ruangan. Pada pukul 13.00 Wita pasien sudah berada di ruangan dengan Post Operasi H-0 dengan diagnosa medis dokter ortopedi setelah operasi Post ORIF Eminentia Tibia Sinistra.

Hasil Pengkajian yang dilakukan di ruang takmung pada tanggal 14/08/2025 pada pukul 13.20 Wita pada pasien Tn.R berusia 20 th, saat di lakukan pengkajian pasien mengatakan lemas, kaki terasa kebas, mengeluh nyeri dengan skala 6 (0 – 10) dengan pemeriksaan TTV TD 140/80 mmHg, Nadi : 112 x/menit, RR : 21x/menit, S : 36,5⁰C. GCS E : 4, V:5, M:6, saturasi : 97 %. Diagnosa medis dokter ortopedi saat ini Post OF ORIF Eminentia Tibia Sinistra. Pasien diberikan terapi obat lansoprazole 1x30 mg iv, antrain 3x1 amp iv, ceftriaxone 2x1 gr. Riwayat penyakit dahulu, pada saat pengkajian keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi ataupun dm. Riwayat penyakit keluarga, keluarga pasien mengatakan di keluarga tidak ada memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi dan dm, serta keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki penyakit

hipertensi dan dm.

B. Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan pada Ny.W menggunakan komponen *Problem (P)*, *Etiology (E)*, *Sign and Symptom (S)*. Bagian problem di temukan masalah Nyeri Akut, pada bagian etiologi ditemukan penyebab masalah Nyeri Post Operasi ORIF, dan Sign and symptom pasien mengeluh nyeri pada paha hingga kelutut kaki kiri , tampak meringis, bersikap protektif menghindari nyeri, tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat 112 x/ menit, mengatakan sulit tidur, tekanan darah meningkat 140/80 mmHg, pola nafas pada pasien berubah dengan respirasi 21 x/ menit, tampak berfokus pada diri sendiri, proses berpikir terganggu akibat nyeri.

Tabel 3.
Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Dengan *Cold pack* Pada Pasien Post Operasi ORIF Fraktur Tertutup Ekstremitas Bawah Di Ruang Takmung RSUD Klungkung

Gejala dan Tanda	Analisis Data	Masalah Keperawatan
1	2	3
Data subjektif : - Pasien mengeluh nyeri dari skala nyeri 6 (0 – 10) - Pasien tampak meringis - Pasien tampak bersikap protektif menghindari nyeri - Pasien tampak Gelisah	Trauma langsung ↓ Fraktur Tertutup ↓ Pergeseran fragmen tulang ↓ Merangsang hipotalamus mengeluarkan mediator kimia (prostaglandin) ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut

- Frekuensi nadi pada pasien meningkat 112 x/menit - Pasien mengatakan Sulit tidur - Tekanan darah pada pasien meningkat 140/ 80 mmHg - Pola nafas pada pasien berubah RR 21 x/menit - Proses berpikir pada pasien terganggu akibat nyeri - Pasien tampak berfokus pada diri sendiri Data objektif : - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Pasien mengatakan sulit tidur - Tekanan darah meningkat Pemeriksaan TTV : TD 140/80 mmHg, Nadi : 88 x/menit, RR : 21x/menit, S : 36,5⁰ C. Hasil pengkajian nyeri komprehensif yaitu : P : Pasien mengatakan sakit pada paha hingga ke lutut kiri Q : Pasien mengatakan sakit yang dirasakan tertusuk-tusuk R : Pasien		
---	--	--

mengatakan sakit pada kaki kiri S : Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 6(0-10) T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul		
---	--	--

Berdasarkan analisis data maka dirumuskan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada Tn.R yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik prosedur setelah operasi ditandai pasien mengeluh nyeri pada paha hingga kelutut kaki kiri , tampak meringis, bersikap protektif menghindari nyeri, tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat 112 x/ menit, mengatakan sulit tidur, tekanan darah meningkat 140/80 mmHg, pola nafas pada pasien berubah dengan respirasi 21 x/ menit, tampak berfokus pada diri sendiri, proses berpikir terganggu akibat nyeri.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan terdiri dari 3 (tiga) komponen meliputi pertama dari rumusan masalah, kedua diagnosis keperawatan, ketiga ada luaran. Rumusan luaran pada kasus ini adalah sebagai berikut jika etiologi tidak dapat secara langsung diatasi, maka intervensi keperawatan diarahkan untuk menangani tanda atau gejala diagnosis keperawatan. Untuk intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama yaitu manajemen nyeri dan pemberian analgetik intervensi tambahan terapi relaksasi.

1. Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka

tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil :

- a. Keluhan nyeri menurun (5)
- b. Meringis menurun (5)
- c. Sikap protektif menurun (5)
- d. Gelisah menurun (5)
- e. Sulit tidur menurun (5)
- f. Frekuensi nadi membaik (5)
- g. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat (5)
- h. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat (5)
- i. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat (5)
- j. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologi meningkat (5)
- k. Keluhan nyeri menurun (5)

2. Rencana keperawatan

Intervensi utama dan intervensi inovasi selengkapnya seperti pada lampiran 6 halaman 84.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan dilaksanakan dari tanggal 14 agustus 2026 sampai dengan 17 agustus 2024 pukul 13.20 wita sampai dengan pukul 14.00 wita RSUD Klungkung. Secara garis besar yang dilakukan meliputi intervensi, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, memonitor tanda-tanda

vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic, melakukan pemberian kompres dingin cold pack selama 10 – 15 menit. Untuk lebih lengkapnya ada pada lampiran.

E. Evaluasi Keperawatan Kompres Dingin *Cold pack* Pada Pasien Pre dan Post

Evaluasi dilakukan pada tanggal 17 Agustus 2024 Pukul 13.00 wita. Berdasarkan evaluasi ditemukan kriteria hasil tingkat nyeri dan control nyeri keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Frekuensi nadi membaik , kemampuan mengenali onset nyeri, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat. Maka dapat disimpulkan bahwa intervensi keperawatan diharapkan dapat mengatasi etiologi, tanda atau gejala diagnosis keperawatan. Untuk lebih lengkapnya ada pada lampiran.