

### **BAB III**

#### **LAPORAN KASUS KELOLAAN**

Dalam BAB ini akan menguraikan tentang gambaran kasus kelolaan, Analisa data, diagnosa keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan yang telah penulis lakukan.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian pada pasien dilakukan penulis pada hari senin tanggal 03 Mei 2021 pukul 12.30 WITA di Ruang angsoka 1 RSUP Sanglah Denpasar. Sumber data pengkajian ini diperoleh dari hasil wawancara dengan pasien, keluarga dan rekam medis pasien. Pasien kelolaan penulis bernama Tn. GS dengan tanggal lahir 31 januari 1964, umur 57 tahun 4 bulan, Pendidikan SMA, beragama Hindu, sudah menikah, bekerja sebagai karyawan swasta, penanggung jawab bernama Ny. PT istri pasien.

Keluhan pasien saat datang kerumah sakit mengeluh nyeri padapaha kiri setelah mengalami kecelakaan lalu lintas pada tanggal 02 Mei 2021. Pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di paha kiri, nyeri seperti di iris iris, nyeri dirasakan memberat saat bergerak atau berpindah posisi, berkurang bila istirahat, nyeri terasa hilang timbul dengan skala nyeri 5 ( Dari skala 0-10), nyeri dirasakan sekitar 20 detik. Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah masuk rumah sakit dan tidak memiliki alergi obat ataupun makanan. Keluarga pasien tidak mempunyai riwayat penyakit menular atau penyakit keturunan. Pasien tinggal serumah dengan istri dan anak anaknya.

Hasil pemeriksaan didapatkan kesadaran pasien composmentis, glasgow coma

scale (GCS) 15, Pengukuran tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah: 120/80 mmHg, Respirasi: 18 x/mnt, Nadi: 90 x/mnt, Suhu: 36.7<sup>0</sup>C. Pasien tampak terbaring di tempat tidur wajah tampak tegang, meringis dan memegang paha kiri, tampak penurunan rentang gerak ekstremitas kiri bawah, nyeri dirasakan memberat saat bergerak atau berpindah posisi. Pada pengkajian pola kesehatan fungsional, pasien mengatakan pola aktivitas seperti toileting, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah dibantu perawat dan istri pasien, karena nyeri yang timbul membuat pasien terbatas untuk menggerakkan kaki kirinya dan sulit untuk beristirahat. Pasien mengatakan lebih nyaman terbaring di tempat tidur.

Hasil pemeriksaan penunjang radiologi tanggal 2-5-2021 berupa rontgen femur sinistra menunjukkan adanya fraktur OS femur sinistra segmental. Hasil rontgen post operasi tanggal 3-5-2021 berupa Fraktur OS femur sinistra yang telah terpasang plate screw internal fixation dengan kedudukan dan posisi cukup baik. Hasil laboratorium tanggal 3-5-2021 menunjukkan hemoglobin sebesar 14,5 g/dl (nilai normal untuk laki-laki 14-18 g/dl), hematokrit 44,1 % (nilai normal 35-47%), leukosit 18,55 10<sup>3</sup>/uL (nilai normal 3,60 – 11,00 10<sup>3</sup>/uL).

Terapi medik post operasi meliputi Ceftriaxone 1 gram tiap 12 jam (Ceftriaxone adalah kelompok obat yang disebut cephalosporin antibiotics, Ceftriaxone bekerja dengan cara mematikan bakteri dalam tubuh.) Infus Ringer laktat 20 tetes permenit (Infus Ringer Laktat di indikasikan untuk sebagai sumber elektrolit dan air untuk dehidrasi), Paracetamol tablet 500 miligram tiap 6 jam, analgetika buvipacaine via catheter epidural 0,1 % dan morphin 1 miligram volume 10 mililiter tiap 10 jam (Paracetamol, Buvipacaine, Morphin merupakan analgetika yang digunakan meredakan nyeri yang dialami oleh pasien).

## **B. Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan data dari hasil pengkajian melalui wawancara yang telah dilakukan pada Tn. GS, diperoleh data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di kaki kiri semakin sakit saat bergerak atau berpindah posisi, terasa seperti di iris iris, nyeri pada luka operasi di kaki kiri dengan skala 5 (Dari skala 0-10), nyeri terasa hilang timbul dan sulit beristirahat, nyeri dirasakan sekitar 20 detik, pasien mengatakan pola aktivitas seperti toileting, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah dibantu perawat dan istri pasien, pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kiri karena nyeri yang dirasakan.

Data objektif yaitu pasien tampak terbaring di tempat tidur dengan posisi head up 90°, tampak tegang, gelisah, meringis dan memegang kaki kiri, tampak penurunan rentang gerak, tampak kebutuhan mandi, toileting, bergerak dibantu oleh perawat atau istri pasien, hasil rontgen fraktur OS femur sinistra yang telah terpasang plate screw internal fixation dengan kedudukan dan posisi cukup baik.

Berdasarkan data tersebut dapat dijelaskan pada kondisi fraktur akan menekan reseptor nyeri disekitar trauma sehingga menimbulkan respon inflamasi local yang mengakibatkan terjadinya pengeluaran mediator kimiawi histamin, bradikinin dan serotonin yang merangsang respon nyeri sehingga di dapatkan masalah keperawatan Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencidera Fisik.

Diagnosa keperawatan yang dapat di rumuskan adalah Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencidera Fisik yang dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di paha kiri semakin sakit saat bergerak atau berpindah posisi, terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada luka operasi di paha kiri dengan skala 5 (Dari skala 0-10), nyeri terasa hilang timbul, sulit beristirahat,

pasien tampak terbaring di tempat tidur dengan posisi head up 90 °, tampak tegang, gelisah, meringis dan memegang kaki kiri, hasil rontgen femur sinistra y a i t u fraktur OS femur sinistra yang telah terpasang plate screw internal fixation dengan kedudukan dan posisi cukup baik.

Rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang femur (fraktur femur) menimbulkan kerusakan struktur otot disekitar area cidera yang akan mempengaruhi respon aktin miosin sehingga otot tidak mampu berkontraksi dan terjadi spasme otot yang menimbulkan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang.

Diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan adalah Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang ditandai dengan pasien mengatakan pola aktivitas seperti toileting, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah dibantu perawat dan istri pasien, pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kiri karena nyeri yang dirasakan, pasien tampak terbaring di tempat tidur dengan posisi head up 90 °, tampak tegang, gelisah, meringis dan memegang kaki kiri, tampak penurunan rentang gerak, tampak kebutuhan mandi,toileting,bergerak dibantu oleh perawat atau istri pasien, hasil rontgen fraktur OS femur sinistra yang telah terpasang plate screw internal fixation dengan kedudukan dan posisi cukup baik.

Adanya agen pencedera akibat trauma pada jaringan kulit dan tulang mengakibatkan putusnya jaringan dan saraf sehingga terbukanya barrier perlindungan jaringan atau kulit dapat menimbulkan masalah keperawatan Resiko Infeksi berhubungan dengan Agen Pencedera fisik.

Diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan adalah Resiko Infeksi

berhubungan dengan Agen Pencidera fisik dengan factor resiko adanya luka operasi pada kaki kiri.

### C. Rencana Keperawatan

Dari ketiga diagnosa keperawatan yang muncul, rencana keperawatan yang dibahas oleh penulis adalah sesuai kasus kelolaan dengan diagnosa keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisik

Tabel 3 Rencana Keperawatan

No. Dx	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil SLKI	Intervensi SIKI
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada luka operasi di paha kiri, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti teriris iris, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan bertambah saat bergerak atau berpindah posisi, pasien mengatakan skala nyeri 5 (skala 0-10), nyeri dirasakan hilang timbul dan sulit beristirahat, nyeri dirasakan sekitar 20 detik, pasien tampak meringis</p> <p>Pengkajian nyeri P : Fraktur Femur Sinistra Post Operasi ORIF P S, Q : seperti teriris iris, R : luka operasi di paha kiri, S : Skala nyeri 5 dari (0-</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria : kemampuan menuntaskan aktivitas cukup meningkat</p> <p>Keluhan nyeri cukup menurun</p> <p>Pasien tampak meringis menurun</p> <p>Skala nyeri 1 (0-10)</p> <p>Sikap protektif cukup menurun</p> <p>Gelisah menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Identifikasi skala nyeri</p> <p>Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Monitor efek samping analgetika</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>Berikan teknik nonfarmakologis kompres dingin untuk mengurangi nyeri</p> <p><i>Edukasi</i></p>

No. Dx	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil SLKI	Intervensi SIKI
	10), T : nyeri dirasakan saat bergerak		<p>Ajarkan terknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p> <p>Intervensi Pendukung</p> <p>Pemberian kompres dingin</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>Identifikasi kontraindikasi kompres dingin</p> <p>Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin</p> <p>Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama</p> <p><i>Terapiutik</i></p> <p>Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah didapat</p> <p>Pilih lokasi kompres</p> <p>Balut alat kompres dingin dendan kain pelindung</p> <p>Lakukan kompres dingin pada daerah yang cedera</p> <p><i>Edukasi</i></p>

No. Dx	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil SLKI	Intervensi SIKI
			Jelaskan prosedur penggunaan kompres dingin Ajarkan cara menghindari kerusakan jaringan akibat dingin

#### D. Implementasi Keperawatan

Dalam implementasi ini penulis akan menguraikan implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada kasus kelolaan. Implementasi keperawatan pada Tn. GS mulai dilaksanakan pada

Tabel 4 Implementasi Keperawatan

NO	TGL /JAM	IMPLEMENTASI	RESPON
1	03-05-2021 13.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengukur vital sign</li> <li>- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, skala, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>- Mengkaji respon non verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ul>	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi di paha kiri</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti teriris iris</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan bertambah saat digerakkan.</li> <li>- Skala nyeri 5 (skala 0-10)</li> <li>- Nyeri hilang timbul</li> <li>- Nyeri sekitar 20 detik</li> </ul>

NO	TGL /JAM	IMPLEMENTASI	RESPON
			DO: pasien tampak meringis, tampak berhati-hati saat bergerak
13.15		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberi edukasi teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Menjelaskan prosedur kompres dingin</li> <li>- Mengidentifikasi kontraindikasi kompres dingin.</li> <li>- Memilih lokasi kompres dingin</li> <li>- Membalut alat kompres dingin dengan kain pelindung</li> <li>-</li> </ul>	<p>Pasien mengatakan mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terdapat kontraindikasi pemberian kompres dingin.</li> <li>- Kompres dingin dengan es batu dalam plastik dibalut handuk tipis diberikan sekitar area luka operasi yang terbalut elastic bandage selama 20 menit</li> </ul>
13.20		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan kompres Dingin</li> <li>-</li> </ul>	<p>DS: pasien mengatakan merasa lebih nyaman</p> <p>DO : tidak tampak ada perubahan warna kulit pada area sekitar luka</p> <p>DS: pasien mengatakan setelah diberikan kompres dingin pada luka operasi di paha kiri nyeri masih terasa namun sudah menurun, skala nyeri 4 (skala 0-10), nyeri dirasakan hilang</p>



NO	TGL /JAM	IMPLEMENTASI	RESPON
			timbul,nyeri selama 20 detik.
	13.35	- melakukan evaluasi tindakan	DO: pasien masih tampak meringis, pasien tampak berhati hati menggerakkan kaki kirinya, tekanan darah 120/80 mmhg, respirasi 18x/mnt, nadi 80x/mnt, suhu 36,5 <sup>0</sup> C.
2	04-05-2021 08.00	- Mengidentifikasi skala nyeri -	DS : pasien mengatakan skala nyeri 4 dari (0-10) DO : pasien tampak meringis, berhati hati saat bergerak  DO: Obat paracetamol 500 mg sudah di minum  Tanda reaksi alergi tidak ada
	09.00	- Memberikan obat analgetika sesuai instruksi dokter  - Mengevaluasi reaksi obat analgetika  -	DS: Nyeri pada luka operasi masih terasa, skala nyeri 4 (0-10) DO: Pasien tampak meringis, berhati hati saat menggerakkan kaki kirinya,pasien tampak tegang
	09.05	- Memberi kompres dingin diarea luka operasi	DS: pasien mengatakan merasa lebih nyaman

NO	TGL /JAM	IMPLEMENTASI	RESPON
		-	DO : tidak tampak ada perubahan warna kulit pada area sekitar luka yang diberikan kompres dingin
	09.20	- Memantau iritasi kulit atau jaringan selama 5 menit pertama pemberian kompres dingin - melakukan evaluasi tindakan setelah pemberian kompres dingin -	DS: pasien mengatakan setelah diberikan kompres dingin pada luka operasi di paha kiri nyeri masih terasa namun sudah menurun, skala nyeri 3 (skala 0-10), nyeri dirasakan hilang timbul,nyeri selama 15 detik. DO: pasien masih tampak meringis, pasien tampak berhati hati menggerakkan kaki kirinya, tekanan darah 120/70 mmhg, respirasi 16x/mnt, nadi 80x/mnt, suhu 36,3 <sup>o</sup> C.
3	05-05-2021 13.00	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	DS : pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak  DO : pasien tampak meringis saat kaki kirinya digerakan
	13.10	- Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi kompres dingin	DS : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi masih terasa, skala nyeri 3 (0-10),nyeri hilang timbul,nyeri terasa sekitar 15 detik,nyeri bertambah

NO	TGL /JAM	IMPLEMENTASI	RESPON
			<p>saat bergerak dan berkurang saat istirahat</p> <p>DO : pasien tampak meringis, pasien tampak tegang, suhu 36.5<sup>0</sup> C, nadi 80x/mnt, tekanan darah 110/70 mmhg, respirasi 16x/mnt.</p>
	13.15	- Memantau kondisi kulit 5 menit setelah pemberian kompres dingin	<p>DS : pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi tidak bertambah</p> <p>DO : kulit sekitar area pemberian kompres dingin tidak ada perubahan kondisi</p>
	13.30	- melakukan evaluasi tindakan setelah pemberian kompres dingin	<p>DS : pasien mengatakan nyeri sudah menurun, skala nyeri 3 dari (0-10), nyeri sekitar 10 detik, nyeri hilang timbul seperti diiris iris</p>
4	06-05-2021 Pkl 09.00	Melakukan pengkajian nyeri	<p>DO: Pasien tampak meringis menurun, tegang menurun, berhati hati saat menggerakkan kaki kirinya, pasien posisi duduk dipinggir tempat tidur dengan kaki kiri diatas tempat duduk. Suhu 36,2<sup>0</sup> C, nadi 80x/mnt, tekanan darah 120/70 mmhg, respirasi 16x/mnt.</p> <p>DS: nyeri pada luka operasi sudah menurun, skala nyeri</p>

NO	TGL /JAM	IMPLEMENTASI	RESPON
			2 (0-10), nyeri hilang timbul, saat bergerak nyeri sudah berkurang.
Pkl 09.15		Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi kompres dingin	<p>DO: pasien tampak gelisah berkurang,tegang berkurang, suhu 36,3<sup>0</sup> C, nadi 80x/mnt, tekanan darah 120/70 mmhg, respirasi 16x/mnt.</p> <p>DS: pasien mengatakan saat diberikan kompres dingin pada luka operasi di paha kiri merasa lebih nyaman</p> <p>DO: pasien tampak tegang menurun, gelisah menurun DS : pasien mengatakan daerah sekitar luka lebih nyaman</p>
Pkl 09.20		Memantau kondisi kulit 5 menit setelah pemberian kompres dingin	DO : kulit sekitar area pemberian kompres dingin tidak ada perubahan kondisi
Pkl 09.35		melakukan evaluasi tindakan setelah pemberian kompres dingin	<p>DS: pasien mengatakan nyeri sudah menurun, skala nyeri 1 (skala 0-10), nyeri dirasakan hilang timbul,nyeri selama 10 detik.</p> <p>DO: pasien tampak meringis menurun, pasien tampak berhati hati menggerakkan kaki</p>

NO	TGL /JAM	IMPLEMENTASI	RESPON
			Kirinya menurun, pasien tampak latihan dengan alat bantu (tongkat), tekanan darah 120/70 mmhg, respirasi 16x/mnt, nadi 80x/mnt, suhu 36,3 <sup>0</sup> C.

### E. Evaluasi

Penulis melakukan evaluasi melalui proses dan evaluasi hasil perkembangan. Evaluasi proses dilakukan berdasarkan respon pasien dan keberhasilan tindakan keperawatan pada saat dilakukan. Evaluasi hasil dilakukan sesuai dengan tujuan dari masing masing intervensi pada diagnose keperawatan yang muncul sesuai metode SOAP. Evaluasi pada tanggal 6 Mei 2021 pada diagnosa keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisik yaitu sebagai berikut data subjektif (S) : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di paha kiri menurun, skala nyeri 1 ( Dari skala nyeri 1-10), Objektif : kemampuan menuntaskan aktivitas cukup meningkat yaitu pasien mampu latihan mobilisasi dengan tongkat, meringis tampak menurun, sikap protektif saat bergerak menurun, gelisah menurun, tanda vital tekanan darah : 120/70 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 18 x/ menit, suhu : 36.3<sup>0</sup>C. Assesment (A) : Nyeri Akut menurun , Planning (P) : Pertahankan kondisi