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 BaliMéd Buleleng.

A. Pengkajian

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

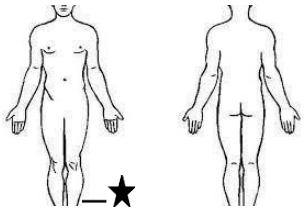
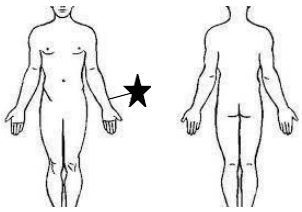
Tabel 2.

Pengkajian Keperawatan Kasus Kelolaan

Kasus I	Kasus II
1. Identitas pasien: a. Nama: TN. NS b. Umur: 51 Tahun c. No RM: 247XX d. Jenis Kelamin: Laki-laki e. Tanggal Pengkajian: 5 Maret 2022	1. Identitas pasien: a. Nama: Tn. MM b. Umur: 53 Tahun c. No RM: 250XX d. Jenis Kelamin: Laki-laki e. Tanggal Pengkajian: 14 Maret 2022
2. Riwayat kesehatan pasien: Pasien datang ke UGD diantar oleh keluarga, mengeluh nyeri pada kaki	2. Riwayat kesehatan pasien: Pasien datang UGD diantar keluarga, pasien mengeluh nyeri pada

kiri sejak terjatuh di rumahnya tadi pagi pukul 06.00 wita. Riwayat mual muntah (-), nyeri kepala (-). Hipertensi (-) Diabetes militus (-).	tangan kiri sejak terjatuh di halaman rumahnya tadi pagi pukul 10.00 wita. Riwayat mual muntah (-), nyeri kepala (-). Hipertensi (-) Diabetes militus (-).
3. Keluhan Pasien Pasien mengeluh nyeri pada kaki kirinya skala 6 (1-10). Nyeri dirasakan seperti tertusuk. Pasien tampak meringis dan gelisah. Nyeri bertambah parah dirasakan jika menggerakkan kaki kirinya. Pasien tampak bersikap protektif terhadap kaki kirinya.	3. Keluhan Pasien Pasien mengeluh nyeri pada tangan kiri, nyeri dirasakan terus menerus dengan skala 5 (1-10). Pasien tampak gelisah dan meringis. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika tangan kirinya digerakkan. Pasien tampak bersikap protektif terhadap tangan kirinya.
3. Diagnosa medis: Fraktur tertutup Tibia 1/3 Distal Sinistra.	3. Diagnosa medis: Fraktur tertutup Radius 1/3 Distal Sinistra
4. Initial Survey: A (alertness)	4. Initial Survey: A (alertness)
5. Warna Triase: P2 (Kuning)	5. Warna Triase: P2 (Kuning)
PRIMARY SURVEY	
AIRWAY	
1. Tingkat Kesadaran: compos mentis	1. Tingkat Kesadaran: compos mentis
2. Pernafasan: bebas	2. Pernafasan: bebas
3. Upaya bernafas: ada	3. Upaya bernafas: ada

4. Benda asing di jalan nafas: tidak ada	4. Benda asing di jalan nafas: tidak ada
5. Bunyi nafas: vesikuler	5. Bunyi nafas: vesikuler
BREATHING	
1. Jenis pernafasan: normal	1. Jenis pernafasan: normal
2. Frekuensi pernafasan: 22 x/menit	2. Frekuensi pernafasan: 20 x/menit
3. Retraksi Otot bantu nafas: tidak ada	3. Retraksi Otot bantu nafas: tidak ada
4. Kelainan dinding thorax: tidak ada	4. Kelainan dinding thorax: tidak ada
5. Hembusan nafas: cepat	5. Hembusan nafas: cepat
1. Bunyi Nafas: vesikuler	18. Bunyi Nafas: vesikuler
CIRCULATION	
1. Pendarahan (internal/eksternal): ada	1. Pendarahan (internal/~~eksternal~~): ada
2. CRT: <2 detik	2. CRT: <2 detik
3. Nadi: 110x/menit	3. Nadi: 104x/menit
4. Akral: hangat	4. Akral: hangat
5. Tekanan darah: 120/80 mmHg.	5. Tekanan darah: 130/80 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 : +/+

PEMERIKSAAN FISIK	PEMERIKSAAN FISIK
1. GAMBAR TUBUH	**1. GAMBAR TUBUH**
	
2. ROM: terbatas	2. ROM: terbatas
3. Deformitas: tidak ada	3. Deformitas: tidak ada
4. Bengkak: kaki kiri	4. Bengkak: kaki kiri
5. Krepitasi: tidak ada	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 BaliMéd Buleleng.

Tabel 3.

Analisa Data dan Analisa Masalah Keperawatan Kasus Kelolaan I: Nyeri Akut pada Pasien dengan Fraktur Tertutup di UGD RS BaliMéd Buleleng Tahun 2022.

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
DS: • Pasien mengeluh nyeri pada kaki kirinya. Nyeri dirasakan seperti tertusuk, nyeri yang terus menerus. Nyeri bertambah parah dirasakan jika menggerakkan kaki kirinya. DO: • Pasien tampak meringis dan gelisah • Skala nyeri 6 (1-10) • Bersikap protektif terhadap kaki kirinya • TD: 120/80 mmHg • Nadi: 110 x/menit	Fraktur ↓ Diskontinuitas tulang ↓ Pergeseran fragmen tulang ↓ Pelepasan histamin ↓ Merangsang nosiseptor (reseptor nyeri) ↓ Saraf aferen ↓ Cartek carebri ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut

Tabel 4.

Analisa Data dan Analisa Masalah Keperawatan Kasus Kelolaan II: Nyeri Akut pada Pasien dengan Fraktur Tertutup di UGD RS BaliMéd Buleleng Tahun 2022.

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
DS: • Pasien mengeluh nyeri pada tangan kiri, nyeri seperti tertusuk dan dirasakan terus menerus. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika tangan kirinya digerakkan DO: • Pasien tampak meringis dan gelisah • skala nyeri 5 (1-10) • Bersikap protektif terhadap tangan kirinya • TD: 130/80 mmHg • Nadi: 104 x/menit	Fraktur ↓ Diskontinuitas tulang ↓ Pergeseran fragmen tulang ↓ Pelepasan histamin ↓ Merangsang nosiseptor (reseptor nyeri) ↓ Saraf aferen ↓ Cartek carebri ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut

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

2. Diagnosis Keperawatan

Tabel 5.

Diagnosis Keperawatan Kasus Keloaan I dan II.

Kasus I	Kasus II
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri, skala nyeri 6 (1-10), nyeri dirasa seperti tertusuk, nyeri bertambah dika 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: 110 x/menit.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera 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: 104 x/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, 2018b), intervensi pada pasien nyeri akut adalah managemen nyeri dan pemantauan nyeri.

a. Managemen 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 denganmemberikan 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 menggunaakn 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

A. 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 dilaksanakandengan metode SOAP seperti pada tabel di bawah:

Tabel 6.

Evaluasi Hasil Pada Kasus Kelolaan I dan II: Pasien dengan Nyeri Akut Fraktur tertutup di UGD RS BaliMéd Buleleng Tahun 2022.

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 tertusuk, nyeri dirasakan hilang timbul.	Pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman, nyeri dirasakan sudah berkurang, nyeri dirasakan pada luka tangan kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk, nyeri dirasakan hilang timbul.
Obyektif	• Kesadaran: compos mentis • TD: 120/80 mmHg • Nadi: 90 x/menit • RR: 22 x/menit • S: 36,6^{o}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: 20 x/menit • S: 36,5^{o}C • Pasien tampak lebih tenang • Skala nyeri 3 (1-10) • Gelisah (-) • Meringis (-) • Sikap protektif terhadap lokasi luka (-)

Assesment	Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian	Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian
Planing	Pertahankan kondisi pasien dan anjurkan kontrol kembali ke Poliklinik	Pertahankan kondisi pasien dan anjurkan kontrol kembali ke poliklinik