

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN**

#### **A. Pengkajian Kasus**

Resume 1

##### **I. Identitas Mahasiswa**

Nama : Carolina Nopitri B, S. Kep

NIM : 2011102412103

##### **II. Identitas Klien**

Nama : Tn. D

Umur : 26 Tahun

No MR : -

Jenis Kelamin : Laki-laki

BB : 65 Kg

Agama : Islam

Status : Belum Menikah

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Swasta

Alamat rumah : Jl. Poros Samarinda Bontang KM 32

Diagnosa medis : Susp. CKR + Fraktur femur

##### **III. DATA KHUSUS**

###### **1. Subjektif**

###### **a. Keluhan Utama**

- Klien mengatakan kaki sebelah kanan patah
- Klien mengatakan pusing

- Klien mengatakan nyeri pada kaki dan kepala
- P: patah pada femur sebelah kanan dan luka pada frontalis
- Q: seperti di tusuk
- R: disekitar paha kaki kanan dan kepala
- S: Skala Nyeri 6
- T: Jika kaki digerakan

b. SAMPLE

1) Symptom

- Klien mengatakan pusing
- Klien mengatakan kaki sebelah kanan patah

2) Alergies

- Klien mengatakan tidak ada alergi

3) Medication

- Klien mengatakan tidak menjalani pengobatan

4) Penyakit yang diderita

- Klien mengatakan klien memiliki pengelihatn rabun jauh

5) Last meal (makan terakhir)

- Klien mengatakan makan terakhir jam 12.00 wita

6) Event (kejadian sebelum cedera)

- Klien mengatakan berangkat kerja menggunakan mobil pajero bersama temannya, klien sebagai penumpang, dan terjadi kecelakaan saat perjalanan ingin berangkat kerja

## 2. Objektif

### a. *Airway*

- Terdapat darah pada hidung klien
- Hidung klien patah
- RR: 19x/menit

### b. *Breathing*

- Klien tidak sesak
- Klien tidak menggunakan otot bantu nafas
- Frekuensi pernapasan 19 x/menit
- Irama teratur tidak ada batuk
- Bunyi napas vasikuler
- SPO2 : 98%

### c. *Circulation*

- TD: 110/70 mmHg
- N: 100 x/menit
- Denyut nadi kuat
- Ekstermitas hangat
- Nyeri dada tidak ada
- CRT <2 detik
- Terdapat luka pada daerah frontalis sepanjang 4 cm luka dasar tulang tengkorak

### d. *Disability*

- GCS : 14 E4 M6 V4
- Reaksi pupil pada cahaya positif

- Terdapat fraktur femur tertutup
  - A: Klien responsif
  - V: Klien bereaksi ketika diberi pertanyaan
  - P: klien bereaksi ketika diberikan reaksi nyeri
  - U: Klien memberikan respon
- e. *Exposure & environment*
- Terdapat luka robek pada frontalis sepanjang 4 cm dan luka dasar adalah tulang tengkorak
  - Hidung klien mengeluarkan darah
- f. *Give comfort*
- Mempertahankan posisi rasa nyaman
  - Pemberian oksigen 3 Lpm
  - Pemasangan spalk pada daerah femur kanan
  - Membersihkan luka pada daerah frontalis
- g. *History*
- Klien mengalami kecelakaan lalu lintas pada saat ingin berangkat kerja
3. *Head to to assessment*
- a. Keadaan umum : baik
- b. TTV : TD 110/70 mmHg, N : 100 x/mnt, S: 36,7 °C, RR : 19 x/mnt SPO: 98%
- c. Kesadaran : composmentis
- d. Kepala : Simetris, penyebarab rambut merata, warna rambut hitam, dan terdapat luka 4cm di daerah frontalis

- e. Mata : Sklera putih, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya ada, pupil isokor, klien tidak menggunakan kaca mata
- f. Telinga : Simetris kiri dan kanan, tidak menggunakan alat pendengaran tidak ada cairan
- g. Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang terdapat bekas darah, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan hidung klien patah
- h. Mulut : Keadaan mukosa bibir lembab. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah
- i. Leher : Tidak ada luka, pembesaran kelenjar getah bening (tidak), pembesaran tiroid (tidak), difiensi vena jugularis sinistra (tidak), reflek menelan (ada).
- j. Dada :
  - 1) Paru-paru
    - a) Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 19 kali/menit, irama nafas teratur, pola napas dispnea pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien menggunakan alat bantu nafas oksigen nasal kanul 3 liter/menit
    - b) Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan.
    - c) Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra

d) Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan

1) Jantung:

a) Inspeksi : Dada simetris, iktus kordis tidak terlihat

b) Palpasi : Iktus kordis teraba di RIC6, teraba kuat, regular

c) Perkusi : Terdengar bunyi sonor

d) Auskultasi : Irama jantung teratur

2) Abdomen

a) Inspeksi : tidak asites, tidak ada jejas

b) Auskultasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi

c) Palpasi : Bunyi thymapani

d) Perkusi : Bising usus 15 x/menit

k. Kulit turgor : turgor kulit <3 detik

l. Genetalia : tidak terpasang DC.

m. Extremitas

1) Atas : Akral hangat, CRT <2 detik, edema (tidak ada)

2) Bawah : Tidak terdapat lesi, akral hangat, terdapat fraktur tertutup pada femur Kanan.

4. Pemeriksaan penunjang

● Rontgen

Pada hasil rontgen terdapat fraktur femur kanan pada kaki pasien

● Ct Scan

Dari hasil Ct-scan terdapat retak pada frontalis dan hidung klien patah, tidak ada perdarahan pada otak dan torak klien

#### IV. ANALISA DATA

**Tabel 3.1 Analisa Data Kasus 1**

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>Ds.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Klien mengatakan nyeri pada kaki dan kepala</li> <li>● P : saat klien merubah posisi</li> <li>● Q : seperti di tusuk</li> <li>● R : disekitar paha kaki kanan dan kepala</li> <li>● S : Skala Nyeri 6</li> <li>● T : Jika kaki digerakan</li> <li>● Klien mengatakan kakinya patah</li> </ul> <p>Do.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Klien meringis</li> <li>● TD 110/70 mmHg</li> <li>● N : 100 x/mnt</li> <li>● S: 36,7 °C</li> <li>● RR : 19 x/mnt</li> <li>● SPO: 98%</li> <li>● Dari hasil rontgen terdapat fraktur femur kanan</li> </ul>	Agen pencedera fisik	Nyeri akut
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Klien mengatakan kepala pusing</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Terdapat luka robek 4 cm pada daerah frontalis</li> <li>● GCS : 14 E4</li> </ul>	Kerusakan integritas kulit	Resiko Infeksi

	<p>M6 V4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dari hasil Ct scan klien mengalami retak bagian frontalis</li> </ul>		
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Klien mengatakan kaki sebelah kanan patah</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Terdapat luka robek pada frontalis sepanjang 4 cm dan luka dasar adalah tulang tengkorak</li> <li>● Hidung klien mengeluarkan darah</li> <li>● Pada hasil rontgen terdapat fraktur femur kanan pada kaki pasien</li> <li>● Dari hasil Ct-scan terdapat retak pada frontalis dan hidung klien patah, tidak ada perdarahan pada otak dan torak klien</li> <li>● TD 110/70 mmHg</li> <li>● N : 100 x/mnt</li> <li>● RR : 19 x/mnt</li> </ul>	Trauma	Resiko perdarahan



## Resume 2

### **I. Identitas Mahasiswa**

Nama : Carolina Nopitri

NIM : 2011102412103

### **II. Identitas Klien**

Nama : Tn. S

Umur : 31 Tahun

No RM : -

Jenis Kelamin : Laki-laki

BB : 65 Kg

Agama : Islam

Status : Belum Menikah

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Swasta

Alamat rumah : Muara Badak

Diagnosa medis : Susp. CKR + Fraktur Clavikula

### **III. DATA KHUSUS**

#### 1. Subjektif

##### a. Keluhan Utama

- Klien mengatakan bahu sebelah kanan patah
- Klien mengatakan kepala pusing
- Klien mengatakan nyeri pada bahu kanan
- P : patah pada clavikula sebelah kanan
- Q : seperti di tusuk

- R : disekitar bahu kanan
- S : Skala Nyeri 6
- T : Jika bahu digerakan

b. SAMPLE

1) Symptom

- Klien mengatakan kepala pusing
- Klien mengatakan bahu sebelah kanan patah

2) Alergies

- Klien mengatakan tidak memiliki alergi makanan maupun obat

3) Medication

- Klien mengatakan tidak menjalani pengobatan apapun

4) Penyakit yang diderita

- Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit apapun

5) Last meal (makan terakhir)

- Klien mengatakan makan terakhir jam 13.00 wita

6) Event (kejadian sebelum cedera)

- Klien mengatakan berangkat kerja menggunakan mobil bersama temannya, klien sebagai penumpang, dan terjadi kecelakaan saat perjalanan ingin berangkat kerja

2. Objektif

a. *Airway*

- Tidak terdapat sumbatan jalan napas

- RR : 24x/menit

b. *Breathing*

- Klien sesak
- Klien menggunakan otot bantu nafas, klien mengatakan saat bernapas terasa nyeri
- Frekuensi pernapasan 24 x/menit
- Irama teratur tidak ada batuk
- Bunyi napas vesikuler
- SPO2 : 98%, menggunakan oksigen nasal kanul 4 liter

c. *Circulation*

- TD : 110/70 mmHg
- N : 100 x/menit
- Denyut nadi kuat
- Ekstermitas hangat
- Nyeri dada tidak ada
- CRT <2 detik
- Terdapat luka lecet pada daerah lutut kaki dan telapak tangan

d. *Disability*

- GCS : 15 E4 M5 V6
- Reaksi pupil pada cahaya positif
- Terdapat fraktur clavikula tertutup
- A: Klien responsif
- V: Klien bereaksi ketika diberi pertanyaan
- P: klien bereaksi ketika diberikan reaksi nyeri

- U: Klien memberikan respon
- e. *Exposure & environment*
  - Terdapat luka lecet (vulnus excoriiasi) pada lutut kaki dan telapak kanan
- f. *Give comfort*
  - Mempertahankan posisi rasa nyaman
  - Pemberian oksigen 4 Lpm
  - Pemasangan bidai pada klavikula
  - Membersihkan luka pada daerah lutut dan telapak tangan
- g. *History*
  - Klien mengalami kecelakaan lalu lintas pada saat ingin berangkat kerja

### 3. *Head to to assessment*

- a. Keadaan umum : baik
- b. TTV : TD 110/70 mmHg, N : 100 x/mnt, S: 36,7 °C, RR : 24 x/mnt SPO : 98%
- c. Kesadaran : composmentis
- d. Kepala : Simetris, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, dan terdapat luka lecet pada lutut kaki dan telapak tangan.
- e. Mata : Sklera putih, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya ada, pupil isokor, klien tidak menggunakan kaca mata.
- f. Telinga : Simetris kiri dan kanan, tidak menggunakan alat pendengaran tidak ada cairan.

- g. Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang terdapat bekas darah, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan hidung klien patah
- h. Mulut : Keadaan mukosa bibir lembab. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah
- i. Leher : Tidak ada luka, pembesaran kelenjar getah bening (tidak), pembesaran tiroid (tidak), difiensi vena jugularis sinistra (tidak), reflek menelan (ada).
- j. Dada :
  - 1) Paru-paru
    - a) Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 24 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas ada, pasien menggunakan alat bantu nafas oksigen nasal kanul 4 liter/menit
    - b) Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan.
    - c) Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra
    - d) Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan
  - 2) Jantung
    - a) Inspeksi : Dada simetris, iktus kordis tidak terlihat

b) Palpasi : Iktus kordis teraba di RIC6, teraba kuat, regular

c) Perkusi : Terdengar bunyi sonor

d) Auskultasi : Irama jantung teratur

3) Abdomen

a) Inspeksi : tidak asites, tidak ada jejas

b) Auskultasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi

c) Palpasi : Bunyi thymapani

d) Perkusi : Bising usus 15 x/menit

k. Kulit turgor : turgor kulit <3 detik

l. Genetalia : tidak terpasang DC.

m. Extremitas

1) Atas : Akral hangat, CRT <2 detik, edema (tidak ada)

2) Bawah : Tidak terdapat lesi, akral hangat, terdapat fraktur tertutup pada klavikula kanan.

4. Pemeriksaan penunjang

● Rontgen

Pada hasil rontgen terdapat fraktur klavikula kanan pada bahu kanan pasien

● Ct Scan

Dari hasil Ct-scan tidak ada perdarahan pada otak dan torak klien

#### IV. ANALISA DATA

**Tabel 3.2 Analisa Data Kasus 2**

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>Ds.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Klien mengatakan bahu sebelah kanan terasa nyeri</li> <li>● P: saat klien merubah posisi</li> <li>● Q : seperti di tusuk</li> <li>● R : disekitar bahu kanan</li> <li>● S : Skala Nyeri 6</li> <li>● T : Jika bahu digerakan</li> </ul> <p>Do.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Klien meringis</li> <li>● TD : 110/70 mmHg</li> <li>● N : 100 x/mnt</li> <li>● S : 36,7 °C</li> <li>● RR : 24 x/mnt</li> <li>● SPO : 98%</li> <li>● Dari hasil rontgen terdapat fraktur clavikula kanan</li> </ul>	Agen pencedera fisik	Nyeri akut
2.	<p>Ds. Pasien mengatakan sesak saat menarik napas</p> <p>Do.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Klien menggunakan otot bantu nafas</li> <li>● Frekuensi pernapasan 24 x/menit</li> <li>● Irama teratur tidak ada batuk</li> <li>● Bunyi napas vesikuler</li> <li>● SPO2 : 98%, menggunakan oksigen nasal kanul 4 liter</li> </ul>	Hambatan upaya napas (nyeri saat bernapas)	Pola napas tidak efektif
3.	<p>Ds. Pasien mengatakan luka lecet ditangan dan kaki</p> <p>Do.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Terdapat luka lecet (vulnus excoriasi) pada lutut kaki dan telapak kanan</li> <li>● Membersihkan luka</li> </ul>	Kerusakan integritas kulit	Risiko infeksi

	pada daerah lutut dan telapak tangan		
--	--------------------------------------	--	--

## B. Masalah keperawatan

### Pasien 1

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
- Risiko perdarahan berhubungan dengan trauma

### Pasien 2

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (nyeri saat bernapas)
- Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

## C. Intervensi Keperawatan

**Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan Kasus 1**

Tgl	No. Dx	Dx. Kep	Tujuan & KH	Intervensi
	1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 6 jam tingkat nyeri klien diharapkan menurun, dengan kriteria hasil : <b>Tingkat Nyeri L.08066</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri (5)</li> <li>Meringis (5)</li> </ul> Ekspektasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkat</li> <li>Cukup meningkat</li> <li>Sedang</li> <li>Cukup menurun</li> <li>Menurun</li> </ol> <b>Kontrol Nyeri L.08063</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Melaporkan</li> </ul>	<b>Manajemen Nyeri I.082383</b> <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri</li> </ol> <b>Teraupetik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik non farmakologis</li> </ol>



			<p>nyeri terkontrol (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengenal onset nyeri (5)</li> <li>• Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis (5)</li> </ul> <p>Ekspektasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol>	<p>mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.6. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1.7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1.8. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu</p>
	2.	Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan resiko infeksi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Tingkat infeksi L.14137</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Demam (5)</li> <li>● Kemerahan (5)</li> <li>● Nyeri (5)</li> <li>● Bengkak (5)</li> </ul> <p>Ekspektasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	<p><b>Perawatan Luka I.14564</b></p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.2 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>2.3 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>2.4 Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</p> <p>2.5 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>2.6 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Edukasi</p> <p>2.7 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2.8 Anjurkan mengkonsumsi makana tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.9 Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
	3.	Resiko perdarahan b.d Trauma	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan resiko perdarahan menurun, dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Tingkat Perdarahan</b></p>	<p><b>Pencegahan Perdarahan I.02067</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>3.1. Monitor dan tanda gejala perdarahan</p> <p>3.2. Monitor tanda-tanda vital</p>

			<p><b>L.02017</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membran mukosa lembab (5)</li> </ul> <p>Ekspektasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah (5)</li> <li>• Frekuensi nadi (5)</li> <li>• Suhu tubuh (5)</li> </ul> <p>Ekspektasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup memburuk</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ol>	<p>ortostatik</p> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.3. Pertahankan bad rest selama perdarahan</li> <li>3.4. Batasi tindakan invasif, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.5. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>3.6. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.7. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu</li> </ol>
--	--	--	--	--

**Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan Kasus 2**

Tgl	No. Dx	Dx. Kep	Tujuan & KH	Intervensi
	1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 6 jam tingkat nyeri klien diharapkan menurun, dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Tingkat Nyeri L.08066</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri (5)</li> <li>• Meringis (5)</li> </ul> <p>Ekspektasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol> <p><b>Kontrol Nyeri L.08063</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaporkan nyeri terkontrol (5)</li> <li>• Mengenali onset nyeri (5)</li> <li>• Kemampuan</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri I.082383</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>1.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5 Berikan teknik non farmakologis mengurangi rasa nyeri</li> <li>1.6 Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.8 Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu</li> </ol>

			<p>menggunakan teknik non farmakologis (5)</p> <p>Ekspektasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol>	
	2.	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (nyeri saat bernapas)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan pola napas menjadi efektif, dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Pola napas L.01004</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dispnea (5)</li> <li>● Penggunaan otot bantu napas (5)</li> </ul> <p>Ekspektasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Jalan Napas I.01011</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor pola napas (frekuensi,, kedalaman, usaha napas)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.2 Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)</li> <li>2.3 Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>2.4 Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol>
	3.	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan resiko infeksi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Tingkat infeksi L.14137</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Demam (5)</li> <li>● Kemerahan (5)</li> <li>● Nyeri (5)</li> <li>● Bengkak (5)</li> </ul> <p>Ekspektasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	<p><b>Perawatan Luka I.14564</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.2 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>3.3 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>3.4 Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>3.5 Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>3.6 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.7 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>3.8 Anjurkan mengkonsumsi makana tinggi kalori dan protein</li> </ol>

				Kolaborasi 3.9 Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
--	--	--	--	---

#### D. Intervensi Inovasi




Intervensi inovasi yang dilakukan adalah memberikan kompres dingin untuk menilai tingkat nyeri pre serta post. Sebelum terapi kompres dijelaskan tujuan dan prosedur terapi kompres dingin kepada pasien dan keluarga, kemudian perawat mengukur tingkat nyeri yang dirasakan pasien sebelum kompres dingin diterapkan. Kemudian, tempatkan pasien pada posisi yang nyaman, berikan kompres dingin selama lima sampai sepuluh menit, dan ukur kembali skala nyeri.

Terapi dingin ini diberikan dua jam sebelum pasien diberikan obat pereda nyeri. Tindakan dilakukan pada tanggal 26 November 2021, pukul 09.00 wita dengan observasi selama 6 jam. Sebelum dan sesudah melakukan tindakan, perawat melakukan pemantauan ulang dengan mengukur skala nyeri pasien sebelum dan sesudah diberikan tindakan kompres dingin.




#### E. Implementasi (Terutama implementasi inovasi)

**Tabel 3.5 Implementasi Inovasi Kasus 1**

Pasien 1







Tgl/ Jam	No.Dx	Tindakan	Evaluasi Proses	Paraf
26/11/2021 10.00 wita	1	1.1 Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi kompres dingin	Do. Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan oleh perawat	
		1.2 Mengukur skala nyeri sebelum dilakukan kompres dingin	Do. Skala nyeri 6	
		1.3 Memberikan posisi	Do. Pasien dalam	



		yang nyaman	posisi berbaring	
		1.4 Mengukur tekanan darah	Do. TD : 110/70 mmHg	
		1.5 Memberikan kompres dingin selama 5-10 menit	Ds. Pasien mengatakan nyeri perlahan berkurang Do. Perawat memberikan kompres dingin disekitar area yang mengalami fraktur	
		1.6 Mengukur kembali skala nyeri setelah dilakukan kompres dingin	Do. Skala nyeri 4	
		1.7 Mengukur tekanan darah	Do. TD : 120/70 mmHg	

**Tabel 3.6 Implementasi Inovasi Kasus 2**


Pasien 2

Tgl/ Jam	No.Dx	Tindakan	Evaluasi Proses	Paraf
26/11/2021 10.15 wita	1	1.1 Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi kompres dingin	Ds. Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan oleh perawat	
		1.2 Mengukur skala nyeri sebelum dilakukan kompres dingin	Do. Skala nyeri 6	
		1.3 Memberikan posisi yang nyaman	Do. Pasien dalam posisi berbaring	
		1.4 Mengukur tekanan darah	Do. TD : 130/80 mmHg	
		1.5 Memberikan kompres dingin selama 5-10 menit	Ds. Pasien mengatakan nyeri perlahan berkurang Do. Perawat memberikan kompres dingin disekitar area yang mengalami fraktur	
		1.8 Mengukur kembali skala nyeri setelah dilakukan kompres dingin	Do. Skala nyeri 3	
		1.9 Mengukur tekanan darah	Do. TD : 110/70 mmHg	

## F. Evaluasi


**Tabel 3.7 Evaluasi Kasus 1**

Pasien 1

No. Dx	Tgl/hari	Evaluasi	Paraf												
1	26/11/2021 Jumat	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri perlahan berkurang dan sedikit merasa nyaman</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Klien tidak meringis</li> <li>● TD 110/70 mmHg</li> <li>● N : 100 x/mnt</li> <li>● S: 36,7 °C</li> <li>● RR : 19 x/mnt</li> <li>● SPO: 98%</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah rasa nyaman nyeri yang dirasakan pasien teratasi sebagian dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>6</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Masalah belum teratasi, pertahankan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi kompres dingin</li> <li>1.2 Mengukur skala nyeri sebelum dilakukan kompres dingin</li> <li>1.3 Memberikan posisi yang nyaman</li> <li>1.4 Mengukur tekanan darah</li> <li>1.5 Memberikan kompres dingin selama 5-10 menit</li> <li>1.6 Mengukur kembali skala nyeri setelah dilakukan kompres dingin</li> <li>1.7 Mengukur tekanan darah</li> </ol>	No.	Tujuan	Sebelum	Sesudah	1	Keluhan nyeri	6	4	2	Meringis	3	5	
No.	Tujuan	Sebelum	Sesudah												
1	Keluhan nyeri	6	4												
2	Meringis	3	5												

**Tabel 3.8 Evaluasi Kasus 2**

Pasien 2

No. Dx	Tgl/hari	Evaluasi	Paraf												
1	26/11/2021 Jumat	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan bahu sebelah kanan terasa nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Klien tidak meringis</li> <li>● TD : 110/70 mmHg</li> <li>● N : 100 x/mnt</li> <li>● S : 36,7 °C</li> <li>● RR : 20 x/mnt</li> <li>● SPO : 98%</li> <li>● Dari hasil rontgen terdapat fraktur clavikula kanan</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah rasa nyaman nyeri yang dirasakan pasien teratasi sebagian dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" data-bbox="715 1014 1257 1155"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Masalah belum teratasi, pertahankan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi kompres dingin</li> <li>1.2 Mengukur skala nyeri sebelum dilakukan kompres dingin</li> <li>1.3 Memberikan posisi yang nyaman</li> <li>1.4 Mengukur tekanan darah</li> <li>1.5 Memberikan kompres dingin selama 5-10 menit</li> <li>1.6 Mengukur kembali skala nyeri setelah dilakukan kompres dingin</li> <li>1.7 Mengukur tekanan darah</li> </ol>	No.	Tujuan	Sebelum	Sesudah	1	Keluhan nyeri	6	3	2	Meringis	3	5	
No.	Tujuan	Sebelum	Sesudah												
1	Keluhan nyeri	6	3												
2	Meringis	3	5												

**G. Status Penurunan Skala Nyeri (Implementasi Inovasi)**

**Tabel 3.9 Status Penurunan Skala Nyeri**

<b>Tanggal</b>		<b>Sebelum</b>	<b>Sesudah</b>	
Responden 1	26/11/2021	Skala nyeri	6 (Nyeri sedang)	4 (Nyeri sedang)
		Tekanan darah	110/70 mmHg	120/70 mmHg
Responden 2	26/11/2021	Skala nyeri	6 (Nyeri sedang)	3 (Nyeri ringan)
		Tekanan darah	110/70 mmHg	130/80 mmHg