# BAB IVHASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

## Hasil Studi Kasus

Studi kasus ini di uraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Nn. C dengan Post Operasi Fraktur di Ruang Zaid Bin Said RSUD Al-Ihsan yang dilaksanakan pada tanggal 11 April – 15 April 2023. Hasil studi kasus berupa asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur dengan gangguan nyeri akut. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari perawatan yaitu 2 hari di rumah sakit dan 3 hari dirumah pasien. Asuhan keperawatan ini dilakukan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

### Hasil Pengkajian Fokus Studi

* 1. **Pengumpulan Data**

Tabel 4. 1 Hasil Pengumpulan Data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang dikaji** | **Hasil**  |
| 1 | Identitas Pasien Nama:Umur :Pendidikan :Pekerjaan :Diagnosa Medis : | Nn. C23 thnSMKKaryawan SwastaPost ORIF Fraktur Femur Dextra |
| 2 | Riwayat KesehatanKeluhan Utama :Keluhan Saat Dikaji :Riwayat Kesehatan Dahulu :Riwayat Kesehatan Sekarang : | Pasien mengeluh nyeri pada bagian paha kanan. Pasien mengatakan tanggal 08 April 2023 pada malam hari sekitar pukul 23.00 WIB pasien mengalami tabrakan. Saat pertama kali pasien tabrakan, pasien langsung dibawa ke IGD RSUD Al-Ihsan oleh supir taxi karena kedua orangtuanya belum tahu jika pasien mengalami tabrakan, setelah masuk IGD pasien baru memberitahukan kedua orangtuanya. Pasien di IGD selama satu hari lalu dipindahkan keruang rawat inap dan menjalankan tindakan operasi pada tanggal 10 April 2023.Pasien mengatakan bahwa pasien merasakan nyeri pada bagian paha kanan bekas operasi, nyeri yang dirasa seperti ditusuk-tusuk dan panas, pasien mengatakan nyerinya bertambah saat banyak gerak dan nyerinya berkurang saat diistirahatkan, pasien juga mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 9 (0-10) dan dirasakan hilang timbul. Keluarga pasien mengatakan kegiatan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat seluruhnya.Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien tidak pernah dirawat sebelumnya serta tidak memiliki riwayat penyakit yang diderita sebelumnya.Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien tidak memiliki Riwayat penyakit menular seperti tbc, hepatitis b, HIV, AIDS. Pasien dan keluarga juga mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan yang diderita seperti asma, hipertensi, diabetes mellitus. |
| 3 | Pola Aktivitas | Sebelum sakit pasien mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri, setelah sakit pasien dibantu penuh dalam melakukan aktivitasnya oleh keluarga dan perawat. |

* 1. **Hasil Pemeriksaan Fisik pada Sistem Terkait**

Tabel 4. 2 Pemeriksaan Fisik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang dikaji** | **Hasil**  |
| 1 | Keadaaan Umum | Pasien tampak meringis kesakitan dan paha bagian kanan dibidai menggunakan perban elastis |
| 2 | Kesadaran :*Glasgow Coma Scale :*Tekanan Darah :Nadi :Kekuatan Otot :Ekstremitas kanan atasEkstremitas kanan bawahEkstremitas kiri atasEkstremitas kiri bawah | ComposmentisE4 V5 M6 (15)120/80 mmHg80x/mnt5255 |
| 3 | Data Psikososial | Pasien berhubungan baik dengan keluarga, masyarakat, dan tenaga kesehatan di rumah sakit, pada saat dirumah sakit pasien ditemani oleh ayah dan ibunya. |
| 4 | Hasil Rontgen | 08 April 202311 April 2023 |
| 5 | Program terapi : | Rumah Sakit :Ceftriaxone 2x1gr IV (06.00, 18.00 WIB) , Katerolac 2x30mg IV (06.00, 18.00 WIB) , Omeprazole 1x40mg IV (06.00 WIB) , Anbacim 2x250mg oral (06.00, 18.00 WIB) , Kalnex 2x250mg Oral (06.00, 14.00, 22.00 WIB) , Rumah :Cefixime 2x200mg oral (12.00, 20.00 WIB) , Cal-95 1x1 tablet oral (12.00 WIB) , Diclofenac sodium 2x50mg oral (12.00, 20.00 WIB) |

### Gambaran Diagnosa Keperawatan

Dirumuskan diagnosa keperawatan utama yang sesuai topik bahasan berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data yang terlampir terhadap pasien sebagai berikut :

Tabel 4. 3 Hasil Diagnosa Keperawatan

|  |
| --- |
| **Diagnosa Keperawatan** |
| Nyeri akut berhubungan dengan tindakan ORIF ditandai dengan :DS :1. Pasien mengeluh nyeri.
2. Pasien mengatakan skala nyeri 9 (0-10).
3. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian paha kanan.
4. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul, seperti ditusuk-tusuk dan panas.
5. Pasien mengatakan nyeri berkurang ketika diistirahatkan dan semakin bertambah ketika digerakan.
6. Pasien mengatakan telah dilakukan operasi pemasangan pen pada tanggal 10 April 2023.

DO :1. Pasien tampak meringis ketika kaki kanan digerakan.
2. Kaki kanan pasien tampak dibidai menggunakan perban elastis.
3. Hasil rontgen 08 April 2023 adalah fraktur femur.
4. TD ; 120/80 mmhg
5. N: 80x/mnt
6. RR: 20x/mnt
7. S: 36°C
8. SpO2 : 97%
 |
| Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan tindakan ORIF ditandai dengan :DS :1. Pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan kaki bagian kanan.
2. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dibantu seluruhnya saat melakukan aktivitas.

DO :1. Kekuaan otot pada kaki kanan pasien 2 (0-5).
2. Rentang gerak pasien pada kaki kanan menurun.
3. Pasien bergerak secara terbatas.
 |
| Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan pemasangan plate dan scrow ditandai dengan :DS :1. Pasien mengatakan sudah melakukan operasi pemasangan pen pada bagian paha kanan.
2. Pasien mengatakan nyeri pada area sekitar luka.

DO :1. Tampak luka bekas operasi pada bagian paha kanan
 |
| Defisit perawatan diri berhubungan dengan tindakan ORIF ditandai dengan :DS :1. Pasien mengeluh nyeri di bagian kaki kanan.
2. Pasien mengatakan aktivitasnya terganggu.
3. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dibantu melakukan kebersihan diri seperti mandi, gosok gigi, dan keramas.

DO :1. Terdapat luka post operasi fraktur di kaki kanan pasien.
2. Pasien dibantu saat melakukan kebersihan diri.
 |  |

### Gambaran Perencanaan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat, penulis merencanakan tindakan keperawatan sebagai berikut :

Tabel 4. 4 Hasil Perencanaan Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan tindakan ORIF ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri, pasien mengatakan skala nyeri 9 (0-10), pasien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian paha kanan, pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan panas, pasien mengatakan nyeri berkurang ketika diistirahatkan dan semakin bertambah ketika digerakan, pasien mengatakan telah dilakukan operasi pemasangan pen pada tanggal 10 April 2023. DO : pasien tampak meringis ketika kaki kaki kanan digerakan, kaki kanan pasien tampak dibidai menggunakan perban elastis, hasil rontgen 08 April 2023 adalah fraktur femur, TD 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36˚C, SpO₂ 97% | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam, diharapkan nyeri akut dapat berkurang dengan kriteria hasil:1. Pasien mengatakan nyeri berkurang.
2. Skala nyeri berkurang dari 9 menjadi 6 (0-10).
3. Pasien tampak tidak meringis
4. Pasien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, dan tanda nyeri)
5. Mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab)
 | **Observasi :**1. Monitor TTV.
2. Kaji nyeri skala (0-10) secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, dan frekuensi.

**Terapeutik :**1. Lakukan kompres dingin selama 15-20 menit.

**Edukasi :**1. Ajarkan distraksi (relaksasi nafas dalam).
2. Anjurkan melakukan teknik nonfarmakologis ketika nyeri timbul.

**Kolaborasi :**1. Pemberian obat analgesic sesuai program katerolac IV 2x30 mg.
2. Pemberian obat sesuai program omeprazole IV 1x40 mg.
 | **Observasi :**1. TTV menjadi tanda terjadinya penurunan dan peningkatan nyeri.
2. Nyeri merupakan respon subjektif yang dapat dikaji dengan menggunakan skala nyeri.

**Terapeutik :**1. Kompres dingin mengakibatkan pembuluh darah mengecil (vasokontriksi) sehingga menurunkan aliran darah ke daerah yang mengalami cidera, mencegah terbentuknya edema dan mengurangi inflamasi.

**Edukasi :**1. Teknik nonfarmakologi distraksi (relaksasi nafas dalam) dapat meningkatkan asupan oksigen untuk menurunkan nyeri.
2. Kemandirian pasien dalam mengurangi nyeri dengan respon positif.

**Kolaborasi :**1. Diberikan untuk menurunkan nyeri atau spasme otot.
2. Menurunkan mual efek samping dari obat ceftriaxone.
 |
| 2. | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan tindakan ORIF ditandai dengan DS : pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan kaki bagian kanan, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dibantu seluruhnya saat melakukan aktivitas. DO : kekuatan otot pada kaki kanan pasien 2 (0-5), rentang gerak pasien pada kaki kanan menurun, pasien bergerak secara terbatas. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam, diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat berkurang dengan kriteria hasil:1. Pasien mengatakan nyeri berkurang.
2. Kekuatan otot pada kaki kanan meningkat 3 (0-5).
3. Pasien tampak tidak meringis.
 | **Observasi :**1. Observasi kekuatan otot pada ekstermitas.
2. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.

**Terapeutik :**1. Bantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menit.
2. Bantu pasien dalam melakukan akivitas, seperti makan, minum, dan kebersihan diri.

**Edukasi :**1. Anjurkan keluarga terlibat dalam pemenuhan ADL.

**Kolaborasi :** 1. Kolaborasi pelaksanaan fisioterapi sesuai indikasi.
 | **Observasi :**1. Mengetahui kekuatan otot pasien apakah mengalami penurunan atau tidak.
2. Mengetahui kemampuan pasien untuk mobilisasi.

**Terapeutik :**1. Aktifitas rentang gerak (ROM) dapat meningkatkan kekuatan otot sehingga otot terhindar dari kekakuan.
2. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien.

**Edukasi :** 1. Partisipasi keluarga sangat penting untuk mempermudah proses keperawatan dan penyembuhan.

**Kolaborasi :** 1. Kerjasama dengan fisioterapis perlu untuk menyusun program aktivitas fisik secara individual.
 |
| 3.  | Gangguan integritas kulit berhubungan dengan pemasangan traksi pen ditandai dengan DS : pasien mengatakan sudah melakukan operasi pemasangan pen pada bagian paha kanan, pasien mengatakan nyeri pada area sekitar luka.DO : tampak luka bekas operasi pada bagian paha kanan. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam, diharapkan diharapkan integritas kulit pasien membaik dengan kriteri hasil:1. Tidak nyeri
2. Tidak terdapat perdarahan
3. Tidak terdapat hematoma
4. Tidak ada tanda-tanda infeksi
5. Luka pasien bersih
6. Bekas luka membaik
 | **Observasi :** 1. Observasi luka : lokasi, dimensi, karakteristik.
2. Observasi keadaan kulit insersi pen.

**Terapeutik :**1. Pertahankan tempat nyaman dan aman (kering, bersih, alat tenun kencang, bantalan tumit).
2. Lakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien
3. Ganti balutan dan lakukan perawatan luka.

**Edukasi :**1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar.
2. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim.

**Kolaborasi :**1. Pemberian obat sesuai program ceftriaxone IV 2x1g.
 | **Observasi :**1. Mengobsevasi luka pasien dapat mengetahui seberapa parahnya luka tersebut dan dapat mengatasi masalah tersebut dengan tepat.
2. Menilai perkembangan masalah pasien.

**Terapeutik :** 1. Menurunkan risiko kerusakan abrasi kulit yang lebih luas.
2. Cuci tangan dapat memotong rantai infeksi
3. Mencegah adanya pertumbuhan kuman penyebab infeksi.

**Edukasi :** 1. Pakaian yang longgar dapat membuat pasien nyaman dan dapat mengurangi kontak gesekan ke kulit.
2. Suhu ekstrim dapat mengganggu pemulihan kulit dan dapat merusak jaringan pada kulit yang sensitif.

**Kolaborasi :** 1. Untuk mengurangi resiko infeksi bakteri dengan menghambat pertumbuhan bakteri
 |
| 4.  | Defisit perawatan diri berhubungan dengan tindakan ORIF ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri dibagian kaki kanan, pasien mengatakan aktivitasnya terganggu, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dibantu melakukan kebersihan diri seperti mandi, gosok gigi, dan keramas. DO : terdapat luka post operasi fraktur di kaki kanan pasien, pasien dibantu saat melakukan kebersihan diri. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam, diharapkan defisit perawatan diri dapat berkurang dengan kriteria hasil:1. Keluarga mampu memenuhi kebersihan diri pada pasien.
2. Keluarga mampu mempertahankan kebersihan pasien
 | **Observasi :** 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri pada pasien.
2. Monitor tingkat kemandirian pasien.
3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri.

**Terapeutik :**1. Beri bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirian.
2. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri.

**Edukasi :**1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kumampuan.
 | **Observasi :**1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan kebersihan diri pada pasien.
2. Mengetahui seberapa jauh pasien mampu melakukan perawatan diri.
3. Dengan mengidentfikasi kebutuhan alat kebersihan diri akan memudahkan dalam pelaksanaan kebersihan diri pada pasien.

**Terapeutik :**1. Memberikan bantuan dapat mempermudah pasien dalam melakukan kebersihan diri.
2. Dapat mempertahankan kebersihan diri pada pasien sehingga pasien akan merasa lebih nyaman.

**Edukasi :**1. Untuk melatih kemampuan pasien dalam perawatan diri.
 |

### Implementasi Keperawatan

Setelah dilakukan perencanaan keperawatan, dilanjutkan dengan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan 1 kali sehari selama 5 hari berturut – turut. Studi kasus ini dilakukan pada tanggal 11 – 15 Mei 2022.

Tabel 4. 5 Implementasi dan Evaluasi

Hari ke 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal dan waktu** | **D.Kep** | **Implementasi** | **Paraf Pelaksana** |
| **11 April 2023****06.00 WIB** | 1,3 | Memberikan obat katerolac 2x30mg, ceftriaxone 2x1g E/ Pasien diberikan obat rute IV |  |
| 08.00 WIB | 1 | Memonitor TTVE/* TD: 110/70 mmHg
* Suhu: 36,2˚C
* Nadi: 76x/menit
* RR: 20x/menit
* SpO2: 99%
 |  |
| 08.15 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, frekuensi. E/ Pasien mengatakan nyeri pada skala 9 (0-10), nyeri dirasakan pada daerah kaki sebelah kanan terutama di daerah paha, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan. |  |
| 08.30 WIB | 1 | Memberikan kompres dingin pada bagian kaki kanan yang mengalami pembengkakan, selama 15-20 menit.E/ Pasien mengatakan sebelum diberikan kompres dingin skala nyeri 9 (0-10) (nyeri hebat) setelah dilakukan kompres dingin nyeri berkurang sedikit menjadi 8 (0-10) (nyeri hebat) |  |
| 08.45 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) setelah diberikan kompres dinginE/ Pasien mengatakan setelah dilakukan kompres dingin nyeri dan panas yang dirasa pada bagian kaki kanan pasien sedikit berkurang dan pasien terlihat rileks. Skala nyeri pada pasien 8 (0-10)  |  |
| 08.40 WIB | 2 | Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasiE/ Pasien dibantu dalam melakukan mobilisasi |  |
| 08.45 WIB | 2 | Mengkaji kekuatan otot pada pasienE/ Kekuatan otot pada kaki kanan pasien berada pada 2 (0-5) derajat (2) otot dapat melawan gravitasi tapi dengan bantuan (rom pasif) |  |
| 08.50 WIB | 2 | Membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menitE/ Pasien tidak menolak ketika dilakukan ROMPasien belum mampu melakukan ROM secara mandiri. |  |
| 09.00 WIB | 3 | Mengobservasi luka : lokasi, dimensi, karakteristik.E/ saat dibuka perban nya luka pasien tampak bersih, lokasi luka pada bagian paha kanan, luka pasien masih basah |  |
| 09.10 WIB | 4 | Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri pada pasienE/ Keluarga mengatakan pasien diseka 1x/hari oleh keluarga secara rutin. |  |
| 09.15 WIB | 4 | Memonitor tingkat kemandirian pasienE/ Pasien dibantu total oleh perawat dan keluarga |  |
| 09.20 WIB | 4 | Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diriE/ Pasien membutuhkan alat bantu kebersihan mandi |  |
| 09.30 WIB | 4 | Memberi bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirianE/ Pasien dibantu sepenuhnya oleh perawat dan keluarga dalam kebersihan diri |  |
| 09.40 WIB  | 3 | Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar E/ Pasien mengatakan akan mengikuti saran dari perawat  |  |
| 10.00 WIB | 2 | Membantu pasien dalam melakukan akivitas, seperti makan, minum, dan kebersihan diriE/ Pasien dibantu ketika melakukan aktifitas seperti minum |  |
| 10.30 WIB | 2 | Melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADLE/ Keluarga pasien terlibat dalam pemenuhan ADL pada pasien |  |
| 11.00 WIB | 4 | Mempertahankan kebiasaan kebersihan diriE/ Keluarga pasien mengatakan akan selalu menjaga kebersihan diri pada pasien |  |
| 11.05 WIB | 1 | Mengajarkan distraksi (relaksasi nafas dalam)E/ Keluarga pasien dapat mengetahui cara mengurangi nyeri dengan cara nafas dalam |  |
| 11.10 WIB | 1 | Anjurkan melakukan teknik nonfarmakologis ketika nyeri timbulE/ Pasien mengatakan akan berusaha melakukan teknik napas dalam ketika nyeri timbul |  |
| 11.20 WIB | 3 | Melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien E/ Perawat melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien |  |
| 12.00 WIB | 3 | Mengganti balutan dan lakukan perawatan lukaE/ Luka telah dibersihkan, balutan sudah diganti. Pasien tidak merasa sakit dan terganggu selama tindakan. |  |
| 12.10 WIB | 2 | Membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menitE/ Pasien tidak menolak ketika dilakukan ROMPasien belum mampu melakukan ROM secara mandiri. |  |
| 12.30 WIB | 2 | Mengkaji kekuatan otot pada pasienE/ Kekuatan otot pada kaki kanan pasien berada pada 2 (0-5) derajat (2) otot dapat melawan gravitasi tapi dengan bantuan (rom pasif) |  |
| 18.00 WIB | 1,3 | Memberikan obat katerolac 2x30mg, ceftriaxone 2x1g E/ Pasien diberikan obat rute IV |  |

Hari ke 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **12 April 2023****06.00 WIB** | 1,3 | Memberikan obat katerolac 2x30mg, ceftriaxone 2x1g * E/ Pasien diberikan obat rute IV
 |  |
| **08:00 WIB** | 1 | Memonitor TTVE/* TD: 120/80 mmHg
* Suhu: 36,3˚C
* Nadi: 78x/menit

RR: 20x/menit |  |
| 08.15 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, frekuensi E/ Pasien mengatakan nyeri pada skala 8 (0-10), nyeri dirasakan pada daerah kaki sebelah kanan terutama di daerah paha, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan. |  |
| 08.30 WIB | 2 | Mengkaji kekuatan otot pada pasienE/ Kekuatan otot pada kaki kanan pasien berada pada 2 (0-5) derajat (2) otot dapat melawan gravitasi tapi dengan bantuan (rom pasif) |  |
| 08.40 WIB | 2 | Membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menitE/ Pasien tidak menolak ketika dilakukan ROM |  |
| 08.55 WIB | 4 | Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diriE/ Pasien membutuhkan alat bantu kebersihan diri mandi |  |
| 09.15 WIB | 2 | Mengkaji kekuatan otot pada pasienE/ Kekuatan otot pada kaki kanan pasien berada pada 2 (0-5) derajat (2) otot dapat melawan gravitasi tapi dengan bantuan (rom pasif) |  |
| 09.30 WIB | 4 | Memberi bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirianE/ Pasien dibantu sepenuhnya oleh keluarga dalam kebersihan diri |  |
| 12.00 WIB | 2 | Membantu pasien dalam melakukan akivitas, seperti makan, minum, dan kebersihan diriE/ Pasien dibantu ketika melakukan aktifitas seperti makan dan minum |  |
| 12.10 WIB | 2 | Melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADLE/ Keluarga pasien terlibat dalam pemenuhan ADL pada pasien |  |
| 12.55 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) E/ Skala nyeri pada pasien 8 (0-10) |  |
| 13.10 WIB | 1 | Memberikan kompres dingin pada bagian kaki kanan yang mengalami pembengkakan, selama 15-20 menit.E/ Pasien mengatakan sebelum diberikan kompres dingin skala nyeri 8 (0-10) (nyeri hebat) setelah dilakukan kompres dingin nyeri berkurang sedikit menjadi 7 (0-10) (nyeri hebat) |  |
| 13.25 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri (0-10) setelah diberikan kompres dinginE/ Pasien mengatakan nyeri dan panas yang dirasa lebih baik dari pada hari sebelumnya walaupun rasa nyeri yang dirasakan masih sering timbulSkala nyeri pada pasien 7 (0-10) |  |
| 15.00 WIB | 2 | Mengkaji kekuatan otot pada pasienE/ Kekuatan otot pada kaki kanan pasien berada pada 2 (0-5) derajat (2) otot dapat melawan gravitasi tapi dengan bantuan (rom pasif) |  |
| 15.10 WIB | 2 | Membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menitE/ Pasien tidak menolak ketika dilakukan ROM |  |
| 15.15 WIB | 3 | Mengobservasi luka E/ Luka pasien tampak bersih namun masih terlihat basah |  |
| 15.20 WIB  | 3 | Melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien E/ Perawat melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien |  |
| 15.30 WIB | 3 | Mengganti balutan dan lakukan perawatan lukaE/ Luka telah dibersihkan, balutan sudah diganti. Pasien tidak merasa sakit dan terganggu selama tindakan. |  |

Hari ke 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **13 April 2023****11.00 WIB** | 1 | Memonitor TTVE/* TD: 110/70 mmHg
* Suhu: 36,3˚C
* Nadi: 78x/menit
* RR: 20x/menit
 |  |
| 11.30 WIB | 2 | Membantu pasien dalam melakukan akivitas, seperti makan, minum, dan kebersihan diriE/ Pasien dibantu ketika melakukan aktifitas seperti makan dan minum |  |
| 12.00 WIB  | 3  | Memberikan obat cefixime trihydrate 200mg, diclofenac sodium 50 mgE/ Pasien minum obat rute oral |  |
| 12.15 WIB  | 2 | Memberikan vitamin cal-95 1 tablet E/ Pasien minum vitamin rute oral |  |
| 12.30 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, frekuensi E/ Pasien mengatakan nyeri pada skala 7 (0-10), nyeri dirasakan pada daerah kaki sebelah kanan terutama di daerah paha, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan. |  |
| 12.40 WIB | 2 | Mengkaji kekuatan otot pada pasienE/ Kekuatan otot pada kaki kanan pasien berada pada 2 (0-5) derajat (2) otot dapat melawan gravitasi tapi dengan bantuan (rom pasif) |  |
| 12.45 WIB | 2 | Membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menitE/ Pasien tidak menolak ketika dilakukan ROM |  |
| 13.00 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) E/ Skala nyeri pada pasien 7 (0-10) |  |
| 13.15 WIB | 1 | Memberikan kompres dingin pada bagian kaki kanan yang mengalami pembengkakan, selama 15-20 menit.E/ Pasien mengatakan sebelum diberikan kompres dingin skala nyeri 7 (0-10) (nyeri hebat) setelah dilakukan kompres dingin nyeri berkurang menjadi 5 (0-10) (nyeri sedang) |  |
| 13.20 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) setelah diberikan kompres dinginE/ Pasien mengatakan rasa nyeri yang dirasakan sudah membaik dan rasa panas sudah tidak dirasakan Skala nyeri pada pasien 5 (0-10) |  |
| 13.25 WIB | 4 | Memberi bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirianE/ Keluarga pasien mengatakan selalu memandikan pasien setaip pagi |  |
| 13.30 WIB | 2 | Anjurkan keluarga pasien membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menitE/ Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti bagaimana melakukan ROM  |  |
| 13.45 WIB | 3 | Mengobservasi luka E/ Luka pasien tampak bersih namun masih terlihat basah |  |
| 13.50 WIB | 3 | Melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien E/ Perawat melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien |  |
| 14.00 WIB | 3 | Mengganti balutan dan lakukan perawatan lukaE/ Luka telah dibersihkan, balutan sudah diganti. Pasien tidak merasa sakit dan terganggu selama tindakan. |  |

Hari ke 4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **14 April 2023****11.50 WIB** | 1 | Memonitor TTVE/* TD: 120/80 mmHg
* Suhu: 36˚C
* Nadi: 80x/menit
* RR: 21x/menit
 |  |
| 12.00 WIB  | 3  | Memberikan obat cefixime trihydrate 200mg, diclofenac sodium 50 mgE/ Pasien minum obat rute oral |  |
| 12.15 WIB  | 2 | Memberikan vitamin cal-95 1 tablet E/ Pasien minum vitamin rute oral |  |
| 13.15 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, frekuensi E/ Pasien mengatakan nyeri pada skala 5 (0-10), nyeri dirasakan pada daerah kaki sebelah kanan terutama di daerah paha, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan. |  |
| 13.30 WIB | 2 | Mengkaji kekuatan otot pada pasienE/ Kekuatan otot pada kaki kanan pasien berada pada 3 (0-5) derajat (3) otot dapat menggerakan sendiri dan dapat melawan pengaruh gravitasi tapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan pengkaji (rom penuh) |  |
| 13.45 WIB | 2 | Membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menitE/ Pergerakan kaki pasien sudah mulai bertambah  |  |
| 13.50 WIB | 1 | Memberikan kompres dingin pada bagian kaki kanan yang mengalami pembengkakan, selama 15-20 menit.E/ Pasien mengatakan sebelum diberikan kompres dingin skala nyeri 5 (0-10) (nyeri sedang) setelah dilakukan kompres dingin nyeri berkurang sedikit menjadi 3 (0-10) (nyeri sedang) |  |
| 13.55 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) setelah diberikan kompres dinginE/ Pasien mengatakan rasa nyeri yang dirasakan sudah jarang dirasakan dibandingkan hari-hari sebelumnyaSkala nyeri pada pasien 3 (0-10) |  |
| 14.05 WI B | 2 | Anjurkan keluarga pasien membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menitE/ Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti bagaimana melakukan ROM dan sudah melakukannya setiap hari pada pasien |  |
| 14.10 WIB  | 4 | Memberi bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirianE/ Keluarga pasien mengatakan selalu memandikan pasien setaip pagi |  |
| 14.15 WIB | 3 | Mengobservasi luka E/ Luka pasien tampak bersih dan sudah mulai sedikit mengering |  |

Hari ke 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **15 April 2023****09.00 WIB** | 1 | Memonitor TTVE/* TD: 120/80 mmHg
* Suhu: 36˚C
* Nadi: 80x/menit
* RR: 20x/menit
 |  |
| 09.10 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, frekuensi E/ Pasien mengatakan nyeri pada skala 3 (0-10), nyeri dirasakan pada daerah kaki sebelah kanan terutama di daerah paha, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan. |  |
| 09.20 WIB | 2 | Mengkaji kekuatan otot pada pasienE/ Kekuatan otot pada kaki kanan pasien berada pada 3 (0-5) derajat (3) otot dapat menggerakan sendiri dan dapat melawan pengaruh gravitasi tapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan pengkaji (rom penuh) |  |
| 09.30 WIB | 2 | Membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menitE/ Pasien tidak menolak ketika dilakukan ROM |  |
| 09.45 WIB | 4 | Memberi bantuan kebersihan diri sesuai tingkat kemandirianE/ Keluarga pasien mengatakan selalu memandikan pasien setaip pagi |  |
| 11.00 WIB | 2 | Membantu pasien dalam melakukan akivitas, seperti makan, minum, dan kebersihan diriE/ Pasien dibantu ketika melakukan aktifitas seperti makan dan minum |  |
| 11.15 WIB | 2 | Melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADLE/ Keluarga pasien terlibat dalam pemenuhan ADL pada pasien |  |
| 12.00 WIB  | 3  | Memberikan obat cefixime trihydrate 200mg, diclofenac sodium 50 mgE/ Pasien minum obat rute oral |  |
| 12.15 WIB  | 2 | Memberikan vitamin cal-95 1 tablet E/ Pasien minum vitamin rute oral |  |
| 12.30 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) E/ Skala nyeri pada pasien 3 (0-10) |  |
| 12.45 WIB | 1 | Memberikan kompres dingin pada bagian kaki kanan yang mengalami pembengkakan, selama 15-20 menit.E/ Pasien mengatakan sebelum diberikan kompres dingin skala nyeri 3 (0-10) (nyeri sedang) setelah dilakukan kompres dingin nyeri berkurang sedikit menjadi 2 (0-10) (nyeri ringan) |  |
| 12.55 WIB | 1 | Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) setelah diberikan kompres dinginE/ Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah sangat membaikSkala nyeri pada pasien 2 (0-10) |  |
| 13.00 WIB | 2 | Anjurkan keluarga pasien membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menitE/ Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti bagaimana melakukan ROM  |  |
| 13.15 WIB | 3 | Mengobservasi luka E/ Luka pasien tampak bersih dan sudah mulai sedikit mengering |  |
| 13.20 WIB | 3 | Melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien E/ Perawat melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien |  |
| 13.30 WIB | 3 | Mengganti balutan dan lakukan perawatan lukaE/ Luka telah dibersihkan, balutan sudah diganti. Pasien tidak merasa sakit dan terganggu selama tindakan. |  |

### Evaluasi Keperawatan

Proses evaluasi pasien dilakukan dengan membandingkan skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan tindakan kompres dingin dalam kurun waktu 5 hari. Hasil observasi skala nyeri dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4. 6 Evaluasi Sumatif

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tanggal/jam** | **DP** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| 1. | 15 April 2023 15.00 WIB | 1 | S :1. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada kaki kanan pada bagian paha berkurang dari hari sebelumnya.
2. Pasien mengatakan skala nyeri 2 (0-10) (nyeri ringan).
3. Pasien mengatakan sudah jarang merasakan nyeri
4. Pasien mengatakan nyeri berkurang ketika diistirahatkan dan semakin bertambah ketika digerakan.
5. Pasien mengatakan mampu melakukan teknik relaksasi secara mandiri saat nyeri timbul

O :1. Pasien tidak meringis ketika kaki kanan digerakan.
2. Kaki kanan pasien tampak dibidai menggunakan perban elastis.
3. TD: 110/70 mmHg
4. Suhu: 36,1˚C
5. Nadi: 78x/menit
6. RR: 20x/menit

A : Masalah teratasi sebagianP : Obsevasi :1. Kaji skala nyeri secara rutin dan mandiri

Terapeutik :1. Lakukan kompres dingin selama 15-20 menit

Edukasi :1. Ajarkan distraksi (relaksasi nafas dalam)

Kolaborasi :1. Pemberian obat diclofenac sodium 2x50mg untuk meredakan nyeri dan peradangan

I : * + - 1. Mengkaji skala nyeri menggunakan skala nyeri NRS (0-10) secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, frekuensi

E/ Pasien mengatakan nyeri pada skala 3 (0-10), nyeri dirasakan pada daerah kaki sebelah kanan terutama di daerah paha, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan.* + - 1. Memberikan kompres dingin pada bagian kaki kanan yang mengalami pembengkakan, selama 15-20 menit.

E/ Pasien mengatakan sebelum diberikan kompres dingin skala nyeri 3 (0-10) (nyeri sedang) setelah dilakukan kompres dingin nyeri berkurang sedikit menjadi 2 (0-10) (nyeri ringan). * + - 1. Anjurkan melakukan teknik nonfarmakologis ketika nyeri timbul

E/ Pasien mengatakan akan berusaha melakukan teknik napas dalam ketika nyeri timbul* + - 1. Memberikan diclofenac sodium 50 mg

E/ Pasien minum obat rute oralE : Pasien dan keluarga mau mempelajari dan menerapkan apa saja yang telah diajarkan R : Kaji ulang |  |
| 2. | 15 April 202315.00 WIB | 2 | S : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dibantu saat melakukan aktivitasO :1. Kekuatan otot pada kaki kanan pasien 3 (0-5)
2. Rentang gerak pasien pada kaki kanan meningkat
3. Pasien bergerak secara terbatas

A : Masalah teratasi sebagianP : Obsevasi : 1. Observasi kekuatan otot pada ekstremitas

Terapeutik :1. Bantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menit.
2. Bantu pasien dalam melakukan aktivitas

Edukasi : 1. Menganjurkan keluarga pasien terlibat dalam pemenuhan ADL

Kolaborasi : 1. Pemberian vitamin cal-95 untuk membantu memenuhi kebutuhan kalsium

I : 1. Mengkaji kekuatan otot pada pasien

E/ Kekuatan otot pada kaki kanan pasien berada pada 3 (0-5) derajat (3) otot dapat menggerakan sendiri dan dapat melawan pengaruh gravitasi tapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan pengkaji (rom penuh)1. Membantu pasien melakukan ROM pasif maupun aktif 2x/hari selama 15 menit

E/ Pergerakan kaki pasien sudah mulai bertambah1. Membantu pasien dalam melakukan akivitas, seperti makan, minum, dan kebersihan diri

E/ Pasien dibantu ketika melakukan aktifitas seperti makan dan minum1. Melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL

E/ Keluarga pasien terlibat dalam pemenuhan ADL pada pasien1. Memberikan vitamin cal-95 1 tablet

E/ Pasien minum vitamin rute oralE : Pasien dan keluarga mau mempelajari dan menerapkan apa saja yang telah diajarkanR : Kaji ulang  |  |
| 3. | 15 April 202315.00 WIB | 3 | S : 1. Pasien mengatakan nyeri pada lukanya sudah mengurang
2. Pasien mengatakan lukanya sudah membaik

O :1. Luka pasien mulai mengering
2. Luka pasien bersih

A : Masalah teratasi sebagianP : Observasi : 1. Observasi luka pasien

Terapeutik : 1. Cuci tangan dengan benar sebelum kontak dengan pasien
2. Ganti balutan dan perawatan luka pasien

Edukasi : 1. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang longgar

Kolaborasi : 1. Pemberian obat cefixime trihydrate 2x200mg untuk mengobati berbagai infeksi yang disebabkan oleh bakteri

I : 1. Mengobservasi luka

E/ Luka pasien tampak bersih dan sudah mulai sedikit mengering1. Melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien

E/ Perawat melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien1. Mengganti balutan dan lakukan perawatan luka

E/ Luka telah dibersihkan, balutan sudah diganti. Pasien tidak merasa sakit dan terganggu selama tindakan.1. Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar

E/ Pasien mengatakan akan mengikuti saran dari perawat1. Memberikan obat cefixime trihydrate 200mg

E/ Pasien minum obat rute oralE : Pasien dan keluarga mau mempelajari dan menerapkan apa saja yang telah diajarkanR : Kaji ulang |  |
| 4. | 15 April 202315.00 WIB | 3 | S :1. Pasien mengatakan setelah dimandikan setiap pagi merasa segar.
2. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dibantu melakukan kebersihan diri seperti mandi, gosok gigi, keramas,
3. Keluarga pasien mengatakan menyanggupi dalam memenuhi kebutuhan kebersihan diri pasien setiap harinya secara bergantian
4. Keluarga pasien mengatakan pasien minimal diseka 1x/hari

O :1. Pasien dibantu saat melakukan kebersihan diri oleh keluarga.

A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan |  |

Tabel 4. 7 Hasil Observasi Skala Nyeri

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identitas Pasien** | **Jenis Kelamin** | **Usia**  | **Test** | **Hari Ke 1** | **Hari Ke 2** | **Hari Ke 3** | **Hari Ke 4** | **Hari Ke 5** |
| **Nn. C** | P | 23 Tahun | Pre | 9(nyeri hebat) | 8(nyeri hebat) | 7(nyeri hebat) | 5(nyeri sedang) | 3(nyeri sedang) |
| Post | 8(nyeri hebat) | 7(nyeri hebat) | 5(nyeri sedang) | 3(nyeri sedang) | 2(nyeri ringan) |



Keterangan :

0 = tidak nyeri

1-3 = nyeri ringan

4-6 = nyeri sedang

7-10 = nyeri hebat

Indikasi Nyeri :

1. 0 = Tidak nyeri.
2. 1-3 = Nyeri ringan. Nyeri dapat ditahan, dan pasien dapat berkomunikasi dengan baik.
3. 4-6 = Nyeri sedang. Pasien mendesis, menyeringai, dapat mendeskripsikan, memerlukan usaha untuk menahan nyeri, mengikuti perintah dengan baik dan dapat menunjukan lokasi nyeri.
4. 7-10 = Nyeri hebat. Nyeri tidak dapat ditahan, pasien tidak dapat mengikuti perintah, tidak dapat mengalokasikan nyeri, tidak dapat mendeskripsikan, distraksi dan tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang.

## Pembahasan Studi Kasus

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 hari dengan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan hingga evaluasi maka akan dibahas terkait fakta yang didapat dilapangan yang dikaitkan dengan teori.

Fraktur adalah patahan yang terjadi didalam kontinuitas struktural tulang. Hal ini mungkin tidak lebih dari sebuah retakan, suatu pengisutan, atau pecahnya korteks atau lebih sering disebut sebagai patahan yang sempurna. Fragmen tulang yang dihasilkan mungkin akan berada di tempatnya atau keluar dari tempatnya. Jika kulit atasnya tetap utuh, maka disebut juga fraktur tertutup. Namun jika kulit atau salah satu dari rongga tubuh menerobos keluar atau tertembus, maka disebut juga fraktur terbuka (atau compound) yang dapat menyebabkan kontaminasi dan infeksi (Apley & Solomon, 2018).

Penatalaksanaan fraktur salah satunya yaitu dengan Open Reduction Internal Fixation (ORIF). ORIF adalah tindakan medis dengan pembedahan untuk mengembalikan posisi tulang yang patah. Tujuan dari tindakan ORIF adalah untuk mengembalikan fungsi pergerakan tulang dan stabilisasi sehingga pasien diharapkan untuk memobilisasi lebih awal setelah operasi (Sudrajat dkk, 2019).

Keluhan yang sering dirasakan setelah tindakan operasi adalah nyeri. Nyeri merupakan gabungan reaksi fisik, emosi, dan perilaku. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut syaraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dengan menjalani salah satu dari beberapa rute syaraf. Terdapat pesan nyeri yang berinteraksi dengan sel syaraf inhibitor, mencegah stimulasi nyeri, sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisikan tanpa hambatan ke korteks serebral. Sekali stimulus nyeri mencapai korteks serebral, maka otak akan menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang lalu serta kebudayaan dalam mempersepsikan nyeri (Badung, 2006).

Salah satu cara yang dapat digunakan untuk menggurangi rasa nyeri dengan metode kompres dingin, kompres dingin mengakibatkan pembuluh darah mengecil (vasokonstriksi) sehingga menurunkan aliran darah ke daerah tubuh yang mengalami cedera, mencegah terbentuknya edema dan mengurangi inflamasi. Kompres dingin dapat menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit. Pemberian kompres dingin juga meningkatkan pelepasan endorfin yang menstimulasi serabut saraf yang memiliki diameter besar sehingga menurunkan transmisi impuls nyeri melalui serabut saraf kecil (Amanda, 2017).

Berdasarkan hasil studi kasus yang didapatkan pada pasien Nn. C dalam waktu 5 hari dengan pemberian tindakan 1 kali perhari, sesuai dengan yang diharapkan pada tujuan studi kasus ini untuk menggambarkan pengurangan skala nyeri dengan pemberian kompres dingin. Studi kasus ini dimulai dengan tahap pengkajian nyeri menggunakan skala nyeri numerik *(numeric rating scale)* yang berisikan angka dari 0 hingga 10 dengan tingkata nyeri yang berbeda dimulai dari tidak nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang, dan nyeri hebat.

Hasil pengkajian Nn. C memiliki skala nyeri di angka 9 (nyeri hebat). Dengan demikian penulis memberikan intervensi dan implementasi sesuai dengan studi kasus yaitu mengurangi nyeri dengan pemberian kompres dingin.

Setelah dilakukan intervensi selama 5 hari, didapatkan skala nyeri yang dirasakan pasien menurun setiap selesai diberikan tindakan. Untuk hari pertama skala nyeri yang dirasakan Nn. C berada di angka 9 (nyeri hebat) sebelum diberikan tindakan dan menurun menjadi angka 8 (nyeri hebat) setelah dilakukan tindakan. Pada hari kedua, skala nyeri yang dirasakan Nn. C masi berada di angka 8 (nyeri hebat) sebelum diberikan tindakan dan menurun menjadi angka 7 (nyeri hebat) setelah diberikan tindakan. Hari ketiga, skala nyeri Nn. C berada di angka 7 (nyeri hebat) sebelum diberikan tindakan dan menurun menjadi angka 5 (nyeri sedang) setelah diberikan tindakan. Hari ke empat, skala nyeri Nn. C berada di angka 5 (nyeri sedang) sebelum diberikan tindakan dan menurun menjadi angka 3 (nyeri sedang) setelah diberikan tindakan. Hari ke lima, skala nyeri Nn. C berada di angka 3 (nyeri sedang) sebelum diberikan tindakan dan menurun menjadi angka 2 (nyeri ringan) setelah diberikan tindakan tindakan kompres dingin. Nn. C mengatakan skala nyerinya berkurang setelah dilakukan tindakan kompres dingin serta lebih merasa tenang dan nyaman.

Hasil studi kasus ini sejalan dengan kesimpulan (Anggraini & Fadila, 2021) bahwa skala nyeri akibat post operasi fraktur sebelum kompres 6.33 sedangkan skala nyeri setelah dilakukan kompres dingin 3.07. Maka disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian terapi kompres dingin sebelum dan sesudah terhadap nyeri post operasi ORIF pada klien fraktur.

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh seseorang, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual (Agustina, Suryagustina and Wiyono, 2018). Pernyataan tersebut sejalan dengan perbedaan nyeri yang dirasakan Nn. C dimulai sejak hari pertama hingga setiap penurunan angka setelah diberikan tindakan hingga hari terakhir.

Penulis menyimpulkan berdasarkan hasil penerapan di atas bahwa pemberian kompres dingin dapat menurunkan nyeri. Hal ini dikarenakan manfaat dari kompres dingin yang mampu mempengaruhi aliran darah dengan memperkecil pembuluh darah guna mengurangi inflamasi yang terjadi dan memberikan sensasi tenang pada penderita selain dari pengaruh penggunaan obat analgesik yang dikonsumsi sehari – hari selama pelaksanaan tindakan berlangsung.

## Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus mengenai asuhan keperawatan pada Nn. C dengan gangguan nyeri akut di ruang Zaid Bin Said yang bertempat di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat yang telah dilaksanakan selama 5 hari terdapat keterbatasan yaitu :

* + - 1. Tindakan kompres dingin, untuk mengurangi nyeri pasien juga didampingi dengan terapi obat analgetik yang di berikan sesuai dengan advice dokter sehingga penurunan tidak murni hanya dari efek kompres dingin.
			2. Pasien di rawat di rumah sakit hanya 2 hari setelah dilakukan operasi sehingga 3 hari berikutnya penulis melakukan tindakan kompres dingin di rumah pasien, dengan keterbatasan jarak dan juga waktu yang diperlukan.