

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA Nn E DENGAN
CLOSE FRAKTUR CLAVICULA 1/3 TENGAH DEKSTRA DI
INSTALASI BEDAH SENTRAL RS ORTHOPEDI
PROF.DR.R.SOEHARSO SURAKARTA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Profesi Ners**



Disusun Oleh :

Sri Wahyuni

J 230113004

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2012

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn E DENGAN CLOSE FRAKTUR
CLAVICULA 1/3 TENGAH DEKSTRA DI RUANG INSTALASI
BEDAH SENTRAL RS ORTOPEDI PROF.DR.R
SOEHARSO SURAKARTA**

Disusun Oleh :

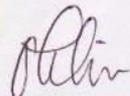
SRI WAHYUNI

J 230 113 004

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 10 November 2012,
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Dewan Penguji

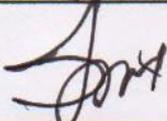
1. Okti Sri Purwanti, S.Kep, Ns
NIP: 197910182005012001

()

2. Roosy Irawati, S.Kep, Ns
NIP: 197105051994032002

()

3. Arif Widodo, A.Kep, M.Kes
NIK: 630

()

Surakarta, November 2012

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta

Dekan,




Arif Widodo, A. Kep., M. Kes

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn E DENGAN CLOSE FRAKTUR CLAVICULA 1/3 TENGAH DEKSTRA DI INSTALASI BEDAH SENTRAL RS ORTHOPEDI PROF.DR.R SOEHARSO SURAKARTA

Sri Wahyuni .*

Okti Sri Purwanti,S.Kep. Ns **

Rossy Irawati, S.Kep. Ns ***

Abstrak

Fraktur *clavicula* adalah terputusnya hubungan tulang *clavicula* yang disebabkan oleh trauma langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputus atau tertarik keluar (*outstretched hand*) karena trauma berlanjut dari pergelangan tangan sampai *clavicula*. Biasanya penderita datang dengan keluhan jatuh dari kendaraan bermotor, menangis saat menggerakkan lengan. Angka Kejadian fraktur *clavicula* di RS Orthopedi PROF.DR.R. Soeharso Surakarta berdasarkan data dari rekam medis selama 1 bulan berkisar 18 pasien (4,7%) dari 382 pasien yang mengalami pembedahan selama periode Juni 2012. Penanganan segera pada klien yang dicurigai terjadinya fraktur adalah dengan mengimobilisasi bagian fraktur, salah satu metode mobilisasi fraktur adalah *fiksasi Interna* melalui operasi *ORIF*.

Tujuan dari karya tulis ilmiah ini agar bisa mendapatkan pengalaman yang nyata dan mampu melakukan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien *close fraktur clavicula*. Teknik mengumpulkan data dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik serta rekam medis pasien. Untuk masalah diagnosa yang muncul pada pre operasi yaitu nyeri akut dan ansietas. Pada intra operasi muncul masalah resiko perdarahan serta untuk post operasi didapatkan diagnosa bersihan jalan nafas

Kata kunci: *close fraktur clavicula, ORIF*

NURSING TREATMENT TO Nn E BY CLOSE FRACTURE CLAVICULA 1/3
MIDDLE DEXTRA IN SURGICAL CENTRAL OF INSTALLATION
ORTHOPAEDIC PROF.DR.R. SOEHARSO
SURAKARTA HOSPITAL

Sri Wahyuni .*

Okti Sri Purwanti, S.Kep. Ns **

Rossy Irawati, S.Kep. Ns ***

Abstract

A fracture is a broken relationship clavicula clavicula bone caused by direct or indirect trauma to the position of the arm is lost or drawn out (outstretched hand) because of the wrist injury continues to clavicula. Usually people come with complaints falling from vehicles, cried when moving the arm. Clavicula fracture incidence rate in PROF.DR.R. Orthopaedic Hospital Soeharso Surakarta based on data from medical records for 1 month ranged 18 patients (4.7%) of 382 patients who underwent surgery during the period of June 2012. Handling the client immediately suspected fracture is to immobilize the fracture parts, one is the method of fracture fixation Interna mobilization through surgery ORIF.

The purpose of this scientific paper in order to gain real experience and be able to perform proper nursing care to patients close clavicula fracture. Technique of collecting data by interview, observation, physical examination and medical records of patients. To diagnose problems that arise in the operation of the pre acute pain and anxiety. In intra-operation as well as the risk of bleeding problems appear to obtain postoperative diagnosis of airway clearance

Keywords: close clavicula fracture, ORIF

PENDAHULUAN

Di tahun 2011 terjadi kecelakaan lalu lintas berjumlah sebanyak 4.744 dibandingkan tahun 2010 pada operasi ketupat sebanyak 3.633 kecelakaan (Biro Penerangan Masyarakat Polri, 2011). Jumlah korban meninggal dunia meningkat sebesar 17 persen menjadi 908 jiwa dari 779 jiwa pada tahun 2011 dan jumlah korban luka berat meningkat sebesar 13 persen menjadi 1.505 orang dari 1.334 orang di tahun 2011.

Fraktur adalah masalah yang akhir-akhir ini sangat banyak menyita perhatian masyarakat terutama di awal musim arus mudik dan arus balik lebaran. Fraktur *clavicula* merupakan cedera yang umum terjadi dimasyarakat, sekitar 4-10% dari jumlah fraktur yang terjadi pada orang dewasa, dan 35-40% dari jumlah seluruh fraktur yang terjadi di daerah bahu. Sumber lain mengatakan insiden kejadian fraktur tulang selangka antara 30 sampai 60 kasus per 100.000 populasi. Biasanya penderita datang dengan keluhan kecelakaan dari sepeda motor, menangis saat menggerakkan lengan, kadangkala penderita datang dengan pembengkakan pada daerah klavikula yang terjadi beberapa hari setelah trauma dan kadang-kadang fragmen yang tajam mengancam kulit.

Tulang *clavicula* berfungsi sebagai pengganjal agar lengan dalam posisi yang cukup jauh dari badan dapat bergerak bebas, serta meneruskan guncangan dari ekstremitas atas ke kerangka axial (tulang punggung). Karena

letaknya dibawah kulit, maka *clavicula* sangat mudah patah bila terjadi trauma, dan sering kali patahannya terisolasi (Keith, 2002). Sayangnya patah tulang selangka sering berhubungan dengan *high-energy injury* atau *multiple traumatic*, sehingga sangat penting untuk memeriksa penderita secara keseluruhan agar cedera lainya seperti fraktur tulang iga, fraktur *scapular*, *kontusio pulmoner*, *pneumothorax*, *hematothorax* dapat diidentifikasi dan ditangani dengan segera. Kondisi yang perlu diwaspadai apabila terdapat memar sekitar tulang selangka, berkurangnya atau hilangnya denyut nadi di lengan yang cedera, tulang iga pertama patah, dan bagian bawah tangan tidak bisa digerakkan atau lumpuh. (Amir, 2010).

Angka Kejadian fraktur *clavicula* di RSO Orthopedi surakarta berdasarkan data dari rekam medis selama 1 bulan berkisar 18 pasien (4,7%) dari 382 pasien yang mengalami pembedahan selama periode Juni 2012. Dengan demikian perawat harus mampu berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif serta mampu mengidentifikasi masalah-masalah klien yang dirumuskan sebagai diagnosa keperawatan, mampu mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah keperawatan yang di alami oleh klien.

Berdasarkan data di atas penyusun merasa tertarik untuk mengangkat permasalahan fraktur dan menyusun laporan kasus tentang Asuhan

Keperawatan pada Nn E dengan close fraktur clavicula 1/3 tengah dekstra di RS Orthopedi Prof DR R Soeharso Surakarta.

Tujuan dari karya tulis ilmiah ini untuk mengetahui bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan close fraktur clavicula 1/3 tengah dekstra mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi dan evaluasi

LANDASAN TEORI

A. Pengertian

Fraktur atau patah tulang adalah gangguan atau terputusnya kontinuitas dari struktur tulang (Black & Hawks, 2005).

Fraktur tertutup adalah bila tidak ada hubungan patah tulang dengan dunia luar. Fraktur terbuka adalah fragmen tulang meluas melewati otot dan kulit, dimana potensial untuk terjadi infeksi (De Jong, 2010).

Fraktur *clavicula* adalah terputusnya hubungan tulang *clavicula* yang disebabkan oleh trauma langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputus atau tertarik keluar (*outstretched hand*) karena trauma berlanjut dari pergelangan tangan sampai *clavicula* (Muttaqin, 2012).

Jadi close fraktur *clavicula* adalah gangguan atau terputusnya hubungan tulang *clavicula* yang disebabkan oleh trauma langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputus atau tertarik keluar (*outstretched hand*) yang tidak

ada hubungan patah tulang dengan dunia luar.

B. Etiologi

Umumnya fraktur disebabkan oleh trauma atau aktivitas fisik dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang. Fraktur lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan umur dibawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan atau luka yang disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor. (De Jong, 2010)

1. Trauma langsung
Trauma langsung menyebabkan tekanan langsung pada tulang, hal tersebut akan menyebabkan fraktur pada daerah tekanan. Fraktur yang terjadi biasanya bersifat *comminuted* dan jaringan lunak ikut mengalami kerusakan
2. Trauma tak langsung
Apabila trauma di hantarkan ke daerah yang lebih jauh dari daerah fraktur, trauma tersebut disebut trauma tidak langsung, misalnya jatuh dengan tangan ekstensi dapat menyebabkan fraktur pada *clavicula*. Pada keadaan ini jaringan lunak tetap utuh.
3. Fraktur yang terjadi ketika tekanan atau tahanan yang menimpa tulang lebih besar dari pada daya tahan tulang.
4. Arah, kecepatan dan kekuatan dari tenaga yang melawan tulang.

5. Usia penderita.
6. Kelenturan tulang dan jenis tulang.

C. Klasifikasi

Secara umum fraktur *clavicula* menurut Armis (2002) diklasifikasikan menjadi tiga tipe yaitu

1. Fraktur pada sepertiga tengah *clavicula* (insiden kejadian 75% - 80%). Pada daerah ini tulang lemah dan tipis serta umumnya terjadi pada pasien muda.
2. Fraktur atau patah tulang *clavicula* terjadi pada *distal* (insiden kejadian 15%).
3. Fraktur *clavicula* pada sepertiga *proksimal* (5% pada kejadian ini berhubungan dengan cedera *neurovaskuler*).

D. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik menurut Helmi (2012) adalah keluhan nyeri pada bahu depan, adanya riwayat trauma pada bahu atau jatuh dengan posisi tangan yang tidak optimal (*outstretched hand*).

1. *Look* yaitu pada fase awal cedera klien terlihat mengendong lengan pada dada untuk mencegah pergerakan. Suatu benjolan besar atau deformitas pada bahu depan terlihat dibawah kulit dan kadang-kadang fragmen yang tajam mengancam kulit
2. *Feel* didapatkan adanya nyeri tekan pada bahu depan

3. *Move* karena ketidakmampuan mengangkat bahu ke atas, keluar dan kebelakang thoraks.

E. Patofisiologi

Patofisiologi fraktur *clavicula* menurut Helmi (2012) adalah tulang pertama yang mengalami proses pergerasan selama perkembangan embrio pada minggu ke lima dan enam. Tulang *clavicula*, tulang *humerus* bagian *proksimal* dan tulang *scapula* bersama-sama membentuk bahu. Tulang *clavicula* ini membantu mengangkat bahu ke atas, keluar, dan kebelakang thorax. Pada bagian *proximal* tulang *clavicula* bergabung dengan *sternum* disebut sebagai sambungan *sternoclavicular* (SC). Pada bagian *distal clavicula* (AC), patah tulang pada umumnya mudah untuk dikenali dikarenakan tulang *clavicula* adalah tulang yang terletak dibawah kulit (*subcutaneus*) dan tempatnya relatif didepan. Karena posisinya yang terletak dibawah kulit maka tulang ini sangat rawan sekali untuk patah. Patah tulang *clavicula* terjadi akibat tekanan yang kuat atau hantaman yang keras ke bahu. Energi tinggi yang menekan bahu ataupun pukulan langsung pada tulang akan menyebabkan fraktur.

F. Penatalaksanaan

Menurut Helmi (2012) penatalaksanaan klien dengan *fraktur* 1/3 tengah, intervensi reduksi dilakukan. Intervensi dengan pemasangan gendongan bahu dengan tidak

menganjurkan klien melakukan abduksi lengan dapat dilakukan hingga nyeri mereda (biasanya 2-3 minggu). Sesudah itu harus dilakukan latihan bahu secara aktif, hal ini penting terutama pada pasien.

Fraktur 1/3 bagian yang mengalami pergeseran hebat misal pada pemeriksaan yang *ligamen korakoklavicularnya* robek biasanya tidak dapat direduksi secara tertutup. Bila dibiarkan tanpa terapi, fraktur tersebut akan menyebabkan *deformitas* dan dalam beberapa fraktur akan menimbulkan rasa tidak enak dan kelemahan pada bahu. Oleh karena itu terapi operasi diindikasikan melalui insisi *supra clavicular*, fragmen reposisi dan dipertahankan dengan fiksasi interna dan kemudian kembali ke batang *clavicular*.

G. Komplikasi

Komplikasi pada *fraktur clavicula* menurut De Jong (2010) dapat berupa

1. Komplikasi awal
 - a. Kerusakan arteri
 - b. Sindrom kompartemen
 - c. *Fat Embolism Syndrome*
 - d. Infeksi
 - e. Syok
2. Komplikasi lanjut (De Jong, 2010)
 - a. Mal union
 - b. Non union

H. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut De Jong (2010) yaitu

1. Laboratorium

Pada fraktur test laboratorium yang perlu diketahui, Hemoglobin, hematokrit sering rendah akibat perdarahan, Laju endap darah (LED) meningkat

2. Radiologi
X Ray dapat dilihat gambaran fraktur, deformitas dan metalikment.
3. Venogram (anterogram) menggambarkan arus vaskularisasi
4. CT Scan untuk mendeteksi struktur fraktur yang kompleks
5. Rontgen yaitu untuk menentukan lokasi, luas dan jenis fraktur
6. Scan tulang atau *MRI* yaitu memperlihatkan fraktur dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak

I. Fokus Intervensi

Adapun asuhan keperawatan diuraikan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan dan rencana dan Implementasi keperawatan. (Muttaqin, 2012)

1. Pengkajian

- a. Anamnesis
Riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikososial spiritual, pola hubungan dan peran, pola persepsi dan konsep diri, pola sensori dan kognitif
- b. Pemeriksaan fisik
 - 1) Keadaan umum
 - 2) B1 (*Breathing*)
Pada pemeriksaan sistem pernapasan, didapatkan bahwa klien fraktur *clavicula* tidak mengalami kelainan pernapasan.
 - 3) B2 (*Blood*)
Inspeksi tidak ada iktus jantung, palpasi nadi meningkat, iktus teraba,

- auskultasi suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada mur-mur.
- 4) B3 (*Brain*)
Kepala, leher, wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan faring
 - 5) B4 (*Bladder*)
Kaji urine yang meliputi warna, jumlah dan karakteristik urine, termasuk berat jenis urine. Tetapi biasanya tidak mengalami gangguan.
 - 6) B5 (*Bowel*)
Inspeksi abdomen bentuk datar, simetris, tidak ada hernia. Palpasi turgor kulit baik, tidak ada defans muskular dan hepar teraba. Perkusi suara timpani ada pantulan gelombang cairan. Auskultasi peristaltik usus normal kurang lebih 20x/menit.
 - 7) B6 (*Bone*)
Adanya fraktur kruris akan mengalami secara lokal, baik fungsi motorik, sensorik maupun peredaran darah
 - 8) *Look*
Perhatikan adanya pembengkakan yang abnormal dan deformitas.
 - 9) *Feel*
Kaji adanya nyeri tekan dan krepitasi pada daerah patah.
 - 10) *Move*
Karena timbul nyeri, gerak menjadi terbatas. Semua bentuk aktivitas klien menjadi berkurang dan klien memerlukan bantuan orang lain.
- J. Diagnosa Keperawatan**
Pre operasi
- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Herdman, 2009).
Tujuan adalah tingkat kenyamanan klien meningkat, nyeri terkontrol dengan kriteria hasil klien melaporkan nyeri berkurang dengan skala 2 sampai 3, ekspresi wajah tenang dan klien dapat tidur dan istirahat
Intervensi yaitu
 - 1) Kaji skala nyeri secara komprehensif mulai dari lokasi, karakteristik, frekwensi
 - 2) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyaman
 - 3) Ajarkan teknik relaksasi
 - 4) Pertahankan imobilisasi bagian yang sakit dengan tirah baring, gips dan traksi
 - 5) Kolaborasi dalam pemberian analgetik sesuai terapi
 - b. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan diskontinuitas jaringan tulang, nyeri sekunder akibat pergerakan fragmen tulang, pemasangan fiksasi eksternal (Herdman, 2009).
Tujuan adalah pasien menunjukkan tingkat mobilitas optimal dengan kriteria hasil penampilan seimbang, mempertahankan mobilitas optimal dengan
 - 0 : mandiri penuh
 - 1 : memerlukan alat bantu
 - 2 : memerlukan bantuan dari orang lain, pengawasan dan pengajaran
 - 3 : membutuhkan bantuan dari orang lain dan alat bantu
 - 4 : ketergantungan penuhIntervensi yaitu
Rencana Tindakan
 - 1) Kaji tingkat kemampuan aktivitas pasien.
 - 2) Bantu pasien untuk memenuhi kebutuhannya
-

- yang tidak dapat dilakukan secara mandiri.
- 3) Dekatkan barang-barang yang dibutuhkan pasien.
 - 4) Libatkan keluarga dalam memberikan asuhan kepada pasien.
 - 5) Kolaborasi pemberian analgetik.
- c. Cemas berhubungan dengan krisis situasional akan menjalani operasi, status ekonomi, perubahan fungsi peran (Herdman, T.H, 2009).
Tujuan yaitu rasa cemas terkontrol dengan kriteria hasil secara verbal dapat mendemonstrasikan teknik menurunkan cemas, menerima status kesehatan
- Intervensi yaitu
- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga
 - 2) Kaji tingkat kecemasan klien
 - 3) Jelaskan semua prosedur tindakan kepada klien setiap akan melakukan tindakan
 - 4) Berikan kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya
- Intra operasi
- a. Resiko perdarahan berhubungan dengan efek samping terapi (pembedahan) (Herdman, 2012).
Tujuan yaitu tidak terjadi perdarahan dengan kriteria hasil TTV dalam batas normal, perdarahan minimal atau berhenti, akral teraba hangat.
Intervensi
- 1) Observasi TTV seperti suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan
 - 2) Monitor tanda-tanda perdarahan
 - 3) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian tranfusi dan cairan parenteral
 - 4) Observasi out put dan input cairan (balance cairan)
 - 5) Kaji adanya tanda-tanda dehidrasi
- a. Resiko tinggi neurovaskuler perifer berhubungan dengan penurunan atau interupsi aliran darah, cedera vaskuler langsung, edema, pembentukan trombus (Muttaqin, 2012).
Tujuan yaitu resiko tinggi terhadap neurovaskuler tidak terjadi dengan kriteria hasil mempertahankan perfusi jaringan dibuktikan oleh terabanya kulit hangat, sensasi normal, TTV stabil,haluaran urin adekuat
Intervensi
- 1) Lepaskan perhiasan dari ekstremitas yang sakit
 - 2) Evaluasi adanya kualitas nadi perifer distal terhadap cedera melalui palpasi
 - 3) Kaji aliran perifer, warna kulit pada fraktur
 - 4) Awasi TTV, perhatikan tanda sianosis, pucat, kulit dingin
 - 5) Lakukan kajian neuromuskulair, perhatikan adanya perubahan fungsi motorik atau sensorik
- Post operasi
- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret (Muttaqin, 2012).
Intervensi :
- 1) Pertahankan jalan nafas
 - 2) Lakukan penghisapan lendir bila perlu, catat jumlah, jenis dan karakteristik sekret.
 - 3) Auskultasi suara napas.
 - 4) Observasi warna kulit.
 - 5) Lakukan pengukuran kapasitas vital, volume tidal dan kekuatan pernapasan.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan (Muttaqin, 2012).
Tujuan yaitu nyeri berkurang sampai hilang dengan kriteria
-

hasil Intensitas nyeri 0 - 2, ekspresi wajah rileks.

Intervensi

- 1) Kaji lokasi dan intensitas nyeri
- 2) Pertahankan imobilisasi bagian yang sakit.
- 3) Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam.
- 4) Observasi TTV tiap 4 jam
- 5) Kolaborasi dalam memberikan terapi analgetik.

RESUME KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengkajian di peroleh data nama klien : Nn E, Umur : 21 tahun, jenis kelamin : perempuan, Agama : Islam, pendidikan : SLTA, pekerjaan : karyawan swasta, status : belum menikah, alamat : Grogolan, Boyolali, tanggal masuk : 23 Juli 2012, No. CM : 2208xx, diagnosa medis : *Close Fraktur Clavicula 1/3 Tengah Dekstra*, dengan nama penanggung jawab : nama : Tn S, umur : 57 tahun, alamat : Grogolan, Boyolali, hubungan dengan klien : ayah kandung.

2. Gambaran kasus

Pada bab ini penulis akan melaporkan hasil pengelolaan asuhan keperawatan pada Nn E dengan *close fraktur clavicula 1/3 tengah dekstra* pada tanggal 23 Juli 2012 pada pukul 09.00 WIB. Pada pengkajian ini penulis mendapatkan atau menemukan data dari wawancara dengan klien, rekam medis, observasi serta pemeriksaan fisik pada klien.

Riwayat kesehatan pasien, pasien datang ke rumah sakit pada tanggal 23 Juli 2012 jam 21.40 WIB dengan keluhan utama nyeri pada bahu kanan setelah kurang lebih 2 jam sebelum klien masuk rumah sakit,

pasien mengalami kecelakaan sepeda motor, menabrak pengendara motor lain dari arah belakang, jatuh dengan bahu kanan terlebih dahulu, pasien sadar, tidak mual muntah kemudian oleh warga sekitar pasien dibawa ke RS Orthopedi Prof.Dr.R Soeharso Surakarta untuk mendapat pengobatan lebih lanjut. Riwayat penyakit dahulu pasien belum pernah mengalami kecelakaan sebelumnya, belum pernah menjalani rawat inap sebelumnya serta tidak mempunyai riwayat penyakit lain seperti DM, Hipertensi, Asma dan lain-lain.

Pada tanggal 24 Juli 2012 jam 09.00 WIB di ruang *recovery room* RS Orthopedi Prof.DR.R. Soeharso Surakarta didapatkan hasil pemeriksaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, dengan TD : 130/90mmhg, N : 88x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,8°C. Pada pemeriksaan fokus didapatkan data pemeriksaan paru : inspeksi pengembangan kanan kiri sama, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi sonor, auskultasi tidak terdengar *wheezing, ronkhi*, pemeriksaan jantung : inspeksi *ictus cordis* tidak tampak, palpasi nadi 88x/menit, *ictus cordis* tidak teraba, perkusi jantung kesan tidak melebar, auskultasi bunyi jantung I dan II reguler, ekstremitas kekuatan otot untuk ekstremitas kiri atas mampu bergerak bebas, kekuatan otot 5, tidak oedema, terpasang infus RL 20tpm, ekstremitas kanan atas kekuatan otot 1, tampak *oedema, deformitas*, nyeri bila digerakan, terpasang sling di bahu kanan, klien mengatakan bahu kanan nyeri, P : nyeri bahu kanan, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : bahu

kanan, skala : 7 , T : nyeri terasa terus menerus. Untuk ekstremitas kanan dan kiri kekuatan otot 5, tidak oedema, mampu bergerak bebas.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 23 Juli 2012 diperoleh data hemoglobin : 14,5 gr/dl (angka normal : 12 – 14gr/dl), hematokrit : 41vol% (angka normal 37 – 42vol%), leukosit : 17.900 vol% (angka normal 5000 – 10000vol%), eritrosit : 4,91 (normal : 4,5-5,5juta), trombosit : 367.000/mm³ (150.000 – 500.000/mm³), Golongan darah : O.

Terapi yang telah diberikan adalah infus RL 20tpm, injeksi Cefazolin 2mg (skin test), pasang sling pada bahu kanan, pertahankan immobilisasi, persiapkan puasa 2 jam sebelum operasi. Pada pemeriksaan rontgen pada tanggal 23 Juli 2012 didapatkan hasil kesan *fraktur clavicula 1/3 tengah dekstra*.

3. Asuhan keperawatan

1. Pre Operasi

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik

Nyeri adalah sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan ke serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dengan durasi kurang dari 6 bulan (Herdman, 2009).

Diagnosa nyeri akut muncul didukung dari data

klien pasien mengeluh nyeri pada bahu kanan, nyeri bila digerakan, terpasang sling di bahu kanan, tampak oedema, deformitas, dengan P : nyeri bahu kanan, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : pada bahu kanan, skala : 7 , T : nyeri terasa bila digerakan, pasien tampak menahan sakit, keringat dingin dengan TD : 130/90mmhg, Nadi : 88x/menit, RR : 20x/menit, serta akan dilakukan operasi pembedahan *ORIF (Open Reduction and Internal Fixation)* yaitu tindakan berupa pembedahan untuk memasukan paku, sekrup atau pen kedalam tempat fraktur untuk memfiksasi bagian-tulang pada fraktur secara bersamaan (Muttaqin, 2012).

Tujuan yang diharapkan dari respon nyeri yaitu pasien mengeluh nyeri berkurang, mampu mengontrol rasa nyeri. Implementasi dilakukan penulis pada tanggal 24 Juli 2012 jam 09.00 WIB, tindakan yang dilakukan berdasarkan intervensi yaitu jam 09.10 WIB mengajarkan relaksasi nafas dalam bila nyeri muncul, memotivasi pasien mempertahankan immobilisasi bagian yang sakit dengan tirah baring atau sling, serta membantu segala kebutuhan yang dibutuhkan pasien.

Pada jam 09.30 WIB evaluasi pada pasien masalah belum teratasi dengan didukung data

subjektif yaitu klien mengatakan nyeri pada bahu kanan belum berkurang, nyeri bila digerakan, dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala 7, dan terus menerus, data objektif berupa ekspresi wajah masih tegang, keringat dingin, tampak menahan sakit.

- b. cemas berhubungan dengan krisis situasional akan menjalani operasi

kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau gelisah yang samar yang ditimbulkan oleh persepsi ancaman nyata atau imajinasi terhadap eksistensi seseorang (Herdman, 2009).

Kecemasan adalah respons emosi tanpa objek yang spesifik yang secara subjektif dialami dan dikomunikasikan secara interpersonal (Suliswati, 2005).

Diagnosa cemas muncul didukung dari data klien mengatakan takut menjalani operasi, klien mengatakan apakah nanti operasi sakit dengan ekspresi wajah bingung, selalu bertanya mengenai penyakit dan operasinya dengan TD : 130/90mmhg, Nadi : 88x/menit serta RR : 20x/menit.

Implementasi yang dilakukan penulis berdasarkan pada intervensi yaitu jam 09.30 WIB memberikan penjelasan mengenai prosedur operasi, proses penyakit secara singkat dan jelas, menganjurkan klien

agar tidak cemas, jam 09.45 WIB menemani pasien dan mendampingi klien untuk berdoa agar operasi berjalan lancar.

Evaluasi pada tanggal 24 Juli 2012 jam 09.50 WIB masalah ansietas teratasi ditandai dengan data subjektif klien mengatakan cemas berkurang setelah diberikan penjelasan mengenai prosedur operasi dan penyakit, klien mengatakan siap untuk operasi, dengan data objektif klien tampak rileks, klien kooperatif.

2. Intra Operasi

- a. Resiko perdarahan berhubungan dengan efek samping terapi (pembedahan).

Proses jalannya operasi, perawat berperan sebagai asistan operasi dengan mempersiapkan alat, tempat serta pasien ke meja operasi. Langkah pertama yang dilakukan dalam persiapan operasi adalah memposisikan klien tidur terlentang (supine), jenis anestesi yang diberikan kepada pasien yaitu general anestesi, kemudian mengobservasi sensasi pasien, pada jam 10.15 WIB pasien sudah dibawah pengaruh general anestesi. Jenis obat anestesi yang digunakan yaitu propofol.

Prosedur pembedahan dimulai pada jam 10.27 WIB, pasien dilakukan desinfektan dan prosedur drepping, identifikasi (R) *shoulder* jika telah terpasang dengan

benar buat insisi antonim tepat di *clavicula*, kemudian buka lapis demi lapis sampai dapat area *clavicula*, reduksi terbuka dengan 1/3 tengah *tubuler plate 8 hole* dan 1 *lag screw* I untuk reposisi, cuci luka dengan NaCl 0,9% sampai bersih ± 1000cc, kemudian jahit luka lapis demi lapis dan tutup luka dengan *suftratulle* dan kasa steril. Langkah terakhir yang dilakukan pasang sling kembali pada bahu kanan.

Operasi selesai pukul 11.25 WIB kemudian klien langsung dipindahkan ke *recovery room*, dengan perdarahan sebanyak ±100cc, dan hasil Pengukuran TTV selama operasi berlangsung: jam 11.15 WIB : tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 76 x/menit dan saturasi O₂ 100%, jam 11.20 WIB : tekanan darah 100/63 mmHg, nadi 76x/menit dan saturasi 99%.

Resiko perdarahan adalah resiko meningkatnya volume darah yang mungkin mempengaruhi status kesehatan (Herdman, 2012).

Diagnosa resiko perdarahan muncul karena didukung data objektif bahwa insisi dilakukan pada daerah *clavicula* yang kemudian akan bersinggungan dengan pembuluh darah setempat sehingga menimbulkan perdarahan.

Implementasi yang dilakukan oleh penulis pada tanggal 24 Juli 2012 jam

10.15 WIB yaitu memantau tanda tanda vital, memantau perdarahan lewat tabung suction, serta melakukan perawatan luka dengan menekan daerah luka dengan kasa steril dan suction bila perdarahan banyak.

Evaluasi masalah teratasi pada tanggal 24 Juli 2012 jam 11.25 WIB dengan data klien tidak mengalami defisit volume cairan atau perdarahan yang berlebih ditandai dengan TD : 100/60mmhg, Nadi : 76x/menit, RR : 17x/menit, perdarahan tabung suction ± 100cc/60 menit, mukosa bibir tidak pucat, tidak ada sianosis.

3. Post Operasi

a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret

Bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk menjaga bersihan jalan napas (Herdman, 2009).

Diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif muncul karena didukung data pasien dalam pengaruh general anestesi, terpasang *endotracheal*, adanya sekret pada jalan nafas, suara nafas terdengar sedikit nggrogok.

Implementasi dilakukan pada tanggal 24 Juli 2012 jam 11.30 WIB dengan data pasien masih berada di ruang pemulihan, melakukan penghisapan

lendir bila diperlukan, dan untuk mengatasi kepatenan jalan nafas tersebut dilakukan dengan menggunakan bantuan oksigen 3l/menit. Kemudian jam 11.47 WIB penulis menilai aldrete score dengan nilai 6 (warna pucat, pernafasan dangkal namun pertukaran udara adekuat, sirkulasi tekanan darah <20% dari normal, kesadaran klien bangun namun cepat tidur kembali, aktifitas dua ekstremitas dapat digerakan).

Evaluasi didapatkan pada tanggal 24 Juli 2012 jam 12.30 WIB dengan masalah keperawatan teratasi, didukung data pasien tidak terpasang ET, nilai GCS : 15 (E4M5V6), nilai aldrete score 8 (warna merah muda, pernafasan dapat bernafas dalam dan batuk, sirkulasi tekanan darah <20% dari normal, kesadaran sadar siaga dan orientasi, aktifitas dua ekstremitas dapat digerakan), TD : 100/70mmhg, Nadi : 79x/menit, RR : 20x/menit.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Pada saat pengkajian Nn E ditemukan data-data yang telah sesuai dengan apa yang dijelaskan dalam tinjauan teori sehingga memudahkan penulis memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh. Manifestasi klinis yang muncul dari hasil

pengkajian yang dijelaskan pada asuhan keperawatan teori ternyata sama dengan kasus yang muncul pada pasien seperti klien terpasang sling di bahu kanan seperti menggendong bahu untuk mencegah pergerakan, tampak benjolan besar atau deformitas pada bahu depan terlihat dibawah kulit, serta adanya nyeri tekan pada bahu depan, ketidakmampuan mengangkat bahu ke atas, keluar dan kebelakang thoraks.

B. Diagnosa Keperawatan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Nn E dengan *fraktur clavicula*, diagnosa yang muncul pada dasarnya sudah hampir sesuai dengan diagnosa yang ada dalam tinjauan teori, tetapi ada beberapa diagnosa yang tidak ada didalam tinjauan teori sehingga mengharuskan penulis mengangkat diagnosa tersebut

1. Diagnosa ada di dalam tinjauan teori juga ada didalam kasus

Pre Operasi

Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik. Implementasi yang dilakukan salah satunya dengan mengajarkan klien relaksasi nafas dalam (Herdman, 2009). Respon fisik nyeri meliputi perubahan keadaan umum, wajah, denyut nadi, pernafasan, suhu badan, sikap badan, dan apabila nafas semakin berat dapat menyebabkan kolaps kardiovaskuler dan syok.

Mengajarkan relaksasi nafas dalam dapat mengurangi rasa nyeri pada klien fraktur, hal ini

berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Kwekeboom (2006), dalam jurnal yang berjudul *systematic review of relaxation interventions for pain*, yang menyatakan bahwa pada klien dengan nyeri dapat dilakukan relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri. Didalam jurnal ini diterangkan bahwa salah satu bentuk relaksasi yang dapat digunakan adalah relaksasi nafas dalam dimana pada relaksasi ini dapat menurunkan respon saraf simpatik terhadap nyeri. Setelah mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, hasilnya klien mengatakan bersedia mempraktekkan tetapi nyeri belum berkurang karena skala yang didapatkan pada saat pengkajian adalah 7 setelah dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam tetap sama dalam skala 7 yang dirasakan nyeri secara terus menerus.

Tetapi nyeri pada pasien muncul hanya bila digerakan, sedangkan didalam implementasi penulis sudah memotivasi pasien untuk mempertahankan posisi immobilisasi sebelum pasien operasi, jadi nyeri pasien sebenarnya sudah teratasi dengan mempertahankan immobilisasi sesuai dengan teori yang sudah dijelaskan pada bab sebelumnya.

Didalam jurnal Ulrica (2008) dengan judul *The Anxiety and Pain Reducing Effects of Music*

Interventions: A Systematic Review, mengatakan pasien yang mengalami nyeri akut (*severe pain*) dan kecemasan bisa dilakukan dengan menggunakan terapi musik untuk perawatan pasien. Terapi musik bisa menjadi alat untuk mendukung kebutuhan pasien dengan menciptakan lingkungan yang nyaman, menumbuhkan relaksasi dan rileks bagi pasien. Terapi musik dapat digunakan sebagai manajemen diri untuk mengurangi nyeri atau mengendalikan stress. Tetapi di dalam implementasi penulis tidak melakukan tindakan terapi musik karena alat yang kurang memadai serta keterbatasan waktu pasien untuk segera operasi.

Cemas berhubungan dengan krisis situasional akan menjalani operasi. Penulis menegakkan diagnosa ini karena secara psikologi respon terhadap tindakan pembedahan adalah cemas, sebanyak 90% klien yang menjalani pre operasi mengalami kecemasan (Carpenito, 2006). Di dalam jurnal Nancy (2009) yang berjudul *Benefits Of Preoperative Education For Adult Elective Surgery Patients* mengatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah perhatian utama yang harus diperhatikan bagi perawat perioperatif. Penelitian ini mengatakan bahwa pendidikan kesehatan pada pasien pre operasi dapat

meningkatkan pengetahuan dalam pengambilan keputusan pasien untuk segera operasi, dijelaskan pula bahwa pendidikan kesehatan idealnya dimulai dari instalasi rawat jalan, rawat inap kemudian diteruskan pada saat pasien akan masuk ke ruang operasi. Pendidikan kesehatan akan lebih ideal bila didukung dengan pemberian leaflet pada pasien sebelum operasi.

Pada penelitian Burhandin (2011) yang berjudul *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kecemasan dan Pengetahuan pada pasien Pre Operasi Fraktur Di RSUD Daerah Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten*, kecemasan juga dapat terjadi pada pasien yang mengalami fraktur atau patah tulang. Kecemasan pada masa perioperasi fraktur meliputi takut terhadap anestesi, takut terhadap nyeri atau kematian, takut tentang ketidaktahuan atau takut tentang ancaman lain terhadap citra tubuh. Pendidikan kesehatan adalah salah satu yang bertujuan untuk menurunkan tingkat Kecemasan pasien perioperasi. Hal ini ditunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kecemasan pada pasien perioperasi fraktur sebelum dan sesudah memperoleh pendidikan kesehatan. Hal ini dibuktikan dengan klien yang mengatakan cemas berkurang setelah diberikan penjelasan mengenai prosedur operasi dan klien mengatakan siap untuk menjalankan operasi dengan ekspresi wajah rileks.

Intra operasi

Resiko perdarahan yaitu meningkatnya volume darah yang mungkin mempengaruhi status kesehatan (Herdman, 2012). Implementasi yang penulis lakukan dengan memonitor tanda-tanda vital secara kontinyu, menghitung perdarahan lewat tabung suction, serta memberikan terapi cairan per infus dengan RL (ringer lactat).

Ada empat tahapan kehilangan darah yaitu tahap pertama kehilangan darah hingga 15% volume (< 750ml) ditandai dengan RR normal, kepucatan dari kulit, sedikit kegelisahan, tahap kedua yaitu 15 - 30% volume darah hilang (750 - 1500ml) ditandai dengan RR meningkat, tekanan diastolik meningkat, denyut nadi lemah, agak kuatir atau *Restless*, tahap ke tiga yaitu 30 - 40% volume kehilangan darah (1500 - 2000ml), ditandai dengan tanda klasik *hypovolemic shock* yaitu tachycardia >120, penurunan tekanan sistolik, perubahan dalam status mental (*Anxiety, Agitation*), berkeringat dingin, kulit pucat, kemudian tahap ke empat yaitu kehilangan darah lebih besar dari 40% (> 2000ml), ditandai dengan ekstrim tachycardia dengan nadi lemah, sistolik tekanan darah sebesar 70 mmHg atau kurang, penurunan tingkat kesadaran, kulit berkeringat dan sangat pucat (Bulger, 2011 diadaptasi dari Imm & Carlson, 1993)

Dalam jurnal Bulger (2011) yang berjudul "*7.5% Saline and 7.5% Saline 6% Dextran*

for Hypovolemic Shock” mengatakan bahwa sebagai cairan awal pre hospital untuk keadaan *severe traumatic injury*. Berdasarkan hasil penelitian ini tidak ditemukan keuntungan yang signifikan dalam penggunaan cairan hipertonic dibandingkan dengan cairan kristaloid. Salah satu penatalaksanaan mengatasi *fluid volume deficit* yaitu dengan cara terapi ringer laktat dan natrium klorida 0,9%. Keduanya merupakan kristaloid, dua cairan isotonic yang umumnya digunakan dalam mengatasi syok hipovolemik (Bulger, 2011 diadaptasi dari Imm & Carlson, 1993). Dalam keadaan syok hipovolemik harus diberikan cairan dalam jumlah yang besar untuk memulihkan volume intravaskuler karena larutan kristaloid isotonic berpindah dengan bebas antara kompartemen cairan tubuh dan tidak tinggal dalam system vaskular. Cairan kristaloid dapat mengganti dan mempertahankan volume cairan ekstraselular. Oleh karena itu, 75-80% cairan kristaloid yang diberikan menuju ruang ekstraselular dalam satu jam (dengan waktu paruh 20-30 menit), maka cairan kristaloid sangat diperlukan untuk rehidrasi interstisial.

Penelitian berbeda dilakukan oleh Orpen (2006) dalam jurnal yang berjudul *Tranexamic acid reduces early post-operative blood loss after total knee arthroplasty: A prospective randomised controlled trial of 29 patients* mengatakan pembedahan

menyebabkan peningkatan aktivitas dari sistem fibrinolitik, yang pada gilirannya dapat menyebabkan kehilangan darah. Obat-obatan yang menghambat sistem fibrinolitik dapat digunakan untuk mengurangi kehilangan darah. asam traneksamat (TA) bertindak dengan mengikat salah satu enzim pada awal koagulasi, sehingga menghambat sistem fibrinolitik. Hal ini ditunjukkan dengan penurunan secara signifikan perdarahan berkurang dalam periode pasca operasi awal tercatat pada kelompok yang mendapat asam traneksamat. Setelah dilakukan pemberian asam traneksamat pada klien, terbukti hasilnya perdarahan berhenti. Hal ini membuktikan bahwa asam traneksamat efektif diberikan pada klien yang mengalami resiko perdarahan.

Pada tahap operasi yang dilakukan pada pasien, tidak diberikan terapi obat asam traneksamat karena perdarahan pada pasien minimal (< 750ml) tetapi terapi obat asam traneksamat 500mg 3x1 diberikan pada pasien post operasi yang kemudian akan diteruskan ke ruang rawat inap.

Post operasi

Bersihan jalan nafas menjadi prioritas masalah yang pertama bagi penulis pada masalah post operasi ditandai dengan anestesi intra operasi yang digunakan adalah general anestesi, klien masih terpasang ET, serta adanya sekret di tabung ET ditandai dengan suara nafas

pasien terdengar nggrogk-nggrogk.

Implementasi yang dilakukan dengan mempertahankan ventilasi alveolar dan pengiriman oksigen. Dalam jurnal Pedersen, Carsten (2009) dengan judul *otracheal suctioning of the adult intubated patient--What is the evidence?*, mengatakan klien diintubasi mungkin tidak dapat batuk sendiri secara mandiri. Penghisapan endotrakeal itu penting untuk mengurangi risiko konsolidasi dan atelektasis yang dapat menyebabkan ventilasi tidak memadai. Prosedur suction berhubungan dengan komplikasi dan risiko termasuk perdarahan, infeksi, atelektasis, hipoksemia, ketidakstabilan kardiovaskular, tekanan intrakranial meningkat, dan juga dapat menyebabkan lesi pada mukosa trakea. Penghisapan endotrakeal (*suction*) pada pasien dewasa hanya bila diperlukan, menggunakan kateter hisap occluding kurang dari setengah lumen tabung endotrakeal, menggunakan tekanan hisap serendah mungkin, tidak dilakukan secara terus menerus dengan selalu menggunakan teknik aseptik, serta menggunakan sistem hisap baik tertutup atau terbuka,

Penghisapan jalan nafas bawah disertai fisioterapi dada (perkusi, fibrasi) adalah strategi lain untuk membersihkan jalan nafas dari kelebihan sekresi karena cukup bukti tentang kerusakan yang ditimbulkan minimal.

Intervensi keperawatan yang penting pada klien yang mendapat ventilasi mekanik yaitu auskultasi paru dan interpretasi gas darah arteri. (Nasution, 2002).

2. Diagnosa yang ada didalam tinjauan teori tetapi tidak muncul didalam kasus

a. Pre Operasi

Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan diskontinuitas jaringan tulang, nyeri sekunder akibat pergerakan fragmen tulang (Herdman, 2009). Didalam kasus ini diagnosa kerusakan mobilitas fisik tidak muncul karena penulis sudah melakukan implementasi salah satunya dengan memotivasi pasien untuk mempertahankan immobilisasi dengan tirah baring atau penggunaan sling sebelum pasien operasi, jika kerusakan mobilitas fisik muncul pada tahap pre operasi maka akan bertentangan dengan teori yang mengharuskan pasien untuk menggerakkan anggota tubuh yang mengalami penurunan fungsi.

b. Intra operasi

Resiko tinggi neurovaskuler perifer berhubungan dengan penurunan atau interupsi aliran darah, cedera vaskuler langsung, edema, pembentukan trombus. (Muttaqin, 2012). Didalam kasus ini resiko neurovaskuler tidak muncul karena dalam tahap intraoperasi tidak didapatkan tanda seperti aliran perifer yang mengalami perubahan

seperti kembalinya warna kulit lebih dari 5 detik, adanya tanda sianosis, pucat serta kulit dingin ditambah tidak adanya penurunan nadi perifer distal.

c. Post operasi

Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan (Muttaqin, 2012). Nyeri akut tidak muncul pada pasien karena pasien masih terpengaruh oleh efek anestesi general di ruang operasi. Sehingga tanda dan gejala nyeri akut tidak muncul pada klien tersebut. Didukung data klien tampak tenang.

3. Diagnosa yang tidak ada didalam tinjauan teori tetapi muncul didalam kasus

Dari hasil pengkajian, penulis tidak menemukan data-data yang tidak sesuai dengan tinjauan teori sehingga memudahkan penulis memberikan asuhan keperawatan selanjutnya kepada pasien.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

A. Simpulan

Berdasarkan hasil pembahasan sebelumnya, maka penulis mengambil simpulan diantaranya

1. Pengkajian fokus pada Nn E meliputi pemeriksaan fisik didapatkan hasil pada pemeriksaan fokus pasien mengatakan nyeri pada bahu kanan, nyeri bila digerakan, P : nyeri bahu kanan, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : bahu kanan, skala : 7 , T : nyeri terasa terus menerus, tampak

oedema, deformitas, kekuatan otot 1, terpasang sling di bahu kanan.

2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Nn E saat pre operasi adalah nyeri akut dan ansietas. Pada intra operasi adalah resiko perdarahan. Diagnosa post operasi yang muncul adalah bersihan jalan nafas tidak efektif sedangkan diagnosa keperawatan yang tidak muncul sesuai teori yang ada adalah kerusakan mobilitas fisik, resiko tinggi neurovaskuler, dan nyeri akut post operasi.
3. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan pre operasi untuk nyeri dengan relaksasi nafas dalam, mempertahankan immobilisasi dengan tirah baring dan sling, ansietas dengan *anxiety control* dan *coping mekanism*. Intervensi diagnosa intra operasi untuk resiko perdarahan dengan monitor perdarahan saat operasi berlangsung, rehidrasi cairan bila diperlukan, bersihan jalan nafas tidak efektif dengan monitor TTV dan lakukan suction bila diperlukan.
4. Implementasi tindakan dikerjakan secara kolaboratif. Dalam implementsai penulis menemukan tentang pentingnya peran perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan dan motivasi klien selama di ruang induksi untuk mengurangi ansietas.
5. Evaluasi dari setiap tahap operasi untuk diagnosa keperawatan saat pre operasi dengan nyeri akut diperoleh masalah belum teratasi karena nyeri tidak berkurang dengan relaksasi nafas dalam tetapi

penulis sudah memotivasi pasien untuk mempertahankan immobilisasi dengan tirah baring dan penggunaan sling sehingga nyeri akut sebenarnya sudah teratasi dengan immobilisasi yang baik dari pasien dan ansietas diperoleh masalah keperawatan teratasi. Evaluasi diagnosa keperawatan resiko perdarahan diperoleh evaluasi hasil masalah teratasi, sedangkan evaluasi bersihan jalan nafas tidak efektif diperoleh masalah teratasi tetapi perlu adanya perawatan dan pemantauan lanjutan secara insentif di ruang rawat inap.

B. Saran

1. Keluarga
Menemani klien dalam memberikan motivasi di ruang induksi atau pre operasi sangatlah membantu dalam klien mempersiapkan kondisi psikis menuju meja operasi.
2. Perawat
Perawat hendaknya melakukan pengkajian lebih teliti kepada setiap pasien. Monitoring dan melakukan dokumentasi yang tepat sangatlah diperlukan.
3. Instansi Rumah Sakit
Menciptakan kondisi kerja yang kondusif bagi klien pre, intra dan post operasi. Diharapkan dengan adanya pendidikan kesehatan pada pasien sebelum pre operasi akan menurunkan tingkat kecemasan pasien.
4. Instansi pendidikan
Diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan referensi serta acuan untuk dikembangkan dalam memberikan asuhan

keperawatan pada klien close fraktur clavicula secara optimal dan komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Biro Penerangan Polri. 2011. Kecelakaan Lalu Lintas. <http://angka.kecelakaan.lalu lintas.com>. Diakses tanggal 5/12/2011
- Black M. Joyce&Jane H. Hawks. 2005. *Medical Surgical Nursing : Clinical Management For Positive Outcome*. 7th edition. St Louis : Elseiver Inc
- Bulger, 2011. "7.5% Saline and 7.5% Saline 6% Dextran for Hypovolemic Shock"
- Burhandin, 2011. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kecemasan dan Pengetahuan pada pasien Pre Operasi Fraktur Di RSUD Daerah Dr Soeradji Tirtonegoro Klaten. <http://library.ums.ac.id>
- Carpenito, L.J, 2006. *Buku Diagnsa Keperawatan* Edisi 6, EGC : Jakarta
- Carsten M, 2009. *Otracheal Suctioning Of The Adult Intubated Patient--What is the Evidence?*
- De Jong, 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah*, Alih Bahasa : TIM Penerbit Ilmu Kedokteran, editor : Sjamsuhidajat, R, Edisi 2, EGC : Jakarta
- Eerker, K, 2008. Clavicule Injuries. [Http://www.emedicine.com/sports/topics25.htm](http://www.emedicine.com/sports/topics25.htm) (diakses tanggal 4 Januari 2008)
- Estephan, Amir. 2010. *Clavicle Fracture in Emergency Medicine*. Medscape. Available at

- <http://emedicine.medscape.com/article/824564>
- Helmi, Z.N, 2012. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*, Penerbit Salemba Medika
- Herdman, T.H, 2009. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klarifikasi*. Penerbit Ilmu Kedokteran, EGC : Jakarta
- Kwekeboom, dkk, 2006. *Systematic Review of Relaxation Interventions for Pain*.
- Rubino, L.R, 2006. *Clavicula Fractures*.
<Http://www.emedicine.com/orthopedi/topic50.htm> (diakses tanggal 4 Januari 2008)
- Lukman & Nurman Ningsih, 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Salemba Medika : Jakarta
- M, Akmal Ata. 2011. *Kesehatan Mei 2011*.
- Sirosis
Hepatis.blogspot.com/2011_05_01.Archive.html (diakses tanggal 10 Juni 2011).
- Moleong, L.J, 2004. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT Remaja Rosdakary
- Moore, Keith L, 2002. *Essential Clinical Anatomy*. Hipokrates: Jakarta.
- Muttaqin, Arif, 2012. *Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi Pada Praktek Klinik Keperawatan*, Penerbit Buku Kedokteran, EGC : Jakarta
- Nasution, A.H, 2002. *Institusi, Etibasi dan Mekanik Ventilasi*. Makalah pada *Worshop Asuhan Keperawatan Kritis, Asean Conference On Medikal Sciences*, Medan, 20-21 Agustus 2002
- Orpen, Neil M dkk, 2006. *Tranexamic acid reduces early post-operative blood loss after total knee arthroplasty: A prospective randomised controlled trial of 29 patients*
- Richard, S.S, 2006. *Anatomi Klinik*. Edisi 6, RGC : Jakarta
- Smeltzer, Suzanne C, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah dari Brunner & Suddarth*, Edisi 8. EGC : Jakarta.
- Suliswati, dkk., 2005, *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, EGC : Jakarta.
- Ulrica Nilsson, RNA, PHDN, 2008. *The Anxiety and Pain Reducing Effects of Music Interventions: A Systematic Review*.
- Wilkinson, J.M, 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*, EGC : Jakarta
-
- *Sri Wahyuni** : Mahasiswa S1 Keperawatan FIK UMS. Jln A Yani Tromol Post 1 Kartasura
- ** Okti Sri Purwanti, S.Kep.Ns** : Dosen Keperawatan FIK UMS. Jln A Yani Tromol Post 1 Kartasura.
- *** Rossy Irawati, S.Kep. Ns:** Dosen Pembimbing Klinik : RS Orthopedi Prof.DR.R. Soeharso Surakarta
-