

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.P DENGAN CLOSE FRAKTUR  
ANKLE DEXTRA DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL RS  
ORTOPEDI PROF.DR.R SOEHARSO SURAKARTA**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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



**Disusun oleh :**

**Ninik Handayani**

**J 230 113 007**

**PROGRAM PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

**2012**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**Karya Tulis Ilmiah**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.P DENGAN CLOSE FRAKTUR  
ANKLE DEXTRA DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL RS  
ORTOPEDI PROF.DR.R SOEHARSO SURAKARTA**

Disusun Oleh :

**NINIK HANDAYANI**

**J 230 113 007**

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**

**NIK : 630**

iii



## KARYA TULIS ILMIAH

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.P DENGAN CLOSE FRAKTUR ANKLE DEXTRA DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL RS ORTOPEDI PROF.DR.R SOEHARSO SURAKARTA

Ninik Handayani . \*  
Okti Sri Purwanti,S.Kep. Ns \*\*  
Rossy Irawati, S.Kep. Ns \*\*\*

#### Abstrak

Dalam kehidupan sehari-hari trauma pada sendi pergelangan kaki adalah trauma yang sering sekali terjadi. Fraktur pergelangan kaki harus di reduksi dengan tepat dan dipertahankan agar gangguan fungsi mekanik tidak terjadi dikemudian hari. Pergeseran talus menetap mengakibatkan peningkatan tekanan dan menyebabkan predisposisi untuk *osteoarthritis* sekunder. Di RS Ortopedi Prof. DR. R. Soeharso Surakarta tercatat pada bulan Juni untuk kasus *fraktur ankle* sebesar 4,6%, dari 382 pasien yang ada di IBS. Tujuan Umum penulisan ini adalah mahasiswa dapat memahami asuhan keperawatan pada pasien *pre, intra dan post* operasi *close fraktur ankle*. Penulisan karya tulis ilmiah ini mengambil kasus di instalasi bedah sentral RS Ortopedi Prof.DR.R Soeharso Surakarta pada tanggal 11 Juli 2012. Metode yang diambil adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumenter dan studi kepustakaan. Kesimpulan karya tulis ilmiah ini adalah pada klien Ny. P dengan *close fraktur ankle dextra* terjadi permasalahan *perioperatif* berupa *ansietas*, nyeri akut, resiko perdarahan, dan resiko cedera yang memerlukan perhatian khusus perawat dalam penanganannya.

Kata kunci : *fraktur, ankle, nyeri, ansietas, operasi*

---

**NURSING CARE Mrs.P WITH CLOSE FRACTURE ANKLE DEXTRA IN THE  
INSTALLATION OF CENTRAL SURGERY PROF.DR. R SOEHARSO SURAKARTA  
ORTHOPAEDIC HOSPITAL**

**Ninik Handayani . \***  
**Okti Sri Purwanti, S.Kep. Ns \*\***  
**Rosy Irawati, S.Kep. Ns \*\*\***

***Abstract***

In everyday life trauma to the ankle joint is a trauma that often occurs. Ankle fracture should be reduced appropriately and maintained so that no mechanical malfunction occur in the future. Shifting talus settled resulting in increased pressure and lead to a predisposition to secondary osteoarthritis. At the Orthopedic Hospital Prof. DR. R. Soeharso recorded in June in the case of fracture of the ankle at 4.6% of 382 patients in the surgical installation of central. Aim of this paper is to understand to student nursing care for patients pre, intra, and postoperative close fractures ankle. Writing scientific paper is taking the case in the installation of central surgical Prof.DR. R Soeharso Surakarta orthopaedic hospital on July 11 2012. The method is taken interviews, observation, physical examination, documentary studies and literature study. Conclusion scientific is on the client Mrs.P with close fractures ankle dextra occur perioperative problems such as anxiety, acute pain, the risk of bleeding, and injury risks that require special attention in handling nursing.

Keywords: fracture, ankle, pain, anxiety, surgery

---

## PENDAHULUAN

Dalam kehidupan sehari-hari trauma pada sendi pergelangan kaki adalah trauma yang sering sekali terjadi. Tidak hanya mereka yang memang kerjanya menggunakan sendi ini secara dipaksakan (seperti misalnya olahragawan dan terutama pemain sepakbola) tetapi juga para ibu yang menggunakan hak sepatu yang tinggi sangat peka terhadap trauma didaerah ini. Penting diingat bahwa sendi ini mutlak untuk lokomosi manusia. Selain sering, trauma yang ringan saja sudah akan menimbulkan cacat untuk berjalan. Cacat ini kadang-kadang tidak berupa cacat yang sementara, tapi dapat merupakan suatu cacat yang permanen apabila tidak dilakukan pengelolaan serta penatalaksanaan secara baik sejak semula ( Anonim, 2012).

Pergerakan pada sendi pergelangan kaki hanya terjadi pada suatu arah yaitu *fleksi plantar dan dorsofleksi*. Gerakan abduksi, adduksi, dan rotasi yang dipaksakan dapat menyebabkan robekan *ligament* dan/ atau *fraktur maleolus* yang umumnya merupakan tulang *intraartikuler*. Gambaran klinis menunjukkan adanya rasa nyeri dan umumnya biasanya pasien tidak mampu menopang berat badan pada pergelangan kaki yang cedera (Sjamsuhidajat, 2010). Fraktur pergelangan kaki harus direduksi dengan tepat dan dipertahankan agar gangguan fungsi mekanik tidak terjadi dikemudian hari. Pergeseran talus menetap mengakibatkan peningkatan tekanan dan menyebabkan predisposisi untuk osteoarthritis sekunder (Apley, 1995).

Di RS Ortopedi Prof. DR. R. Soeharso Surakarta tercatat pada bulan Juni untuk kasus fraktur ankle sebesar 4,6%, dari 382 pasien yang

ada di IBS, dalam dua bulan terakhir yaitu bulan Mei dan Juni fraktur Ankle menduduki urutan ke-7. Dengan fenomena tersebut diatas, penulis tertarik untuk mengangkat judul Karya Tulis Ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Ny. P dengan *close fraktur ankle dextra* di RS Ortopedi Prof. DR.R. Soeharso Surakarta”.

Tujuan dari penulisan ini adalah mahasiswa dapat memahami asuhan keperawatan pada pasien *pre, intra* dan *post* operasi *close fraktur ankle*

## LANDASAN TEORI

### Pengertian

*Fraktur* atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan/ atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa (Sjamsuhidajat, 2005). *Fraktur ankle* atau pergelangan kaki meliputi *fraktur* pada *malleolus medialis* dan *lateralis* maupun permukaan *distal* sendi os. *Tibia fibula* (Stanley, 2011).

### Etiologi

Menurut Sjamsuhidajat (2005), penyebab *fraktur ankle* terdiri dari :

- Fraktur maleolus medialis* disebabkan oleh dua macam cedera yaitu, cedera abduksi dan cedera adduksi.
- Fraktur maleolus lateralis* terjadi akibat cedera dengan tekanan kea rah abduksi dan rotasi ekstern.
- Fraktur bimaleolaris* disebabkan karena cedera abduksi dan eksorotasi yang berat.

### Klasifikasi

Menurut Stanley (2011), fraktur pergelangan kaki meliputi :

- Fraktur maleolus lateral* tunggal (*ekstraartikular*)
- Fraktur bimalleolar (intraartikular)*

- c. *Fraktur maleolus medialis (intraartikular)*
- d. *Fraktur bimalleolar ekuivalen (intraartikular), fraktur pada maleolus lateralis disertai dengan sisi medial celah pergelangan kaki yang melebar.*
- e. *Fraktur trimalleolar (intraartikular), melibatkan maleolus medialis dan lateralis dan aspek posterior plafond tibia ( maleolus posterior ).*

### Manifestasi Klinik

Menurut Mansjoer (2000) manifestasi klinis *fraktur ankle* adalah : Nyeri tekan *kontinue* (terus-menerus) dan meningkat karena adanya spame otot dan kerusakan sekunder sampai fragmen tulang tidak bisa digerakkan; deformitas / kelainan bentuk; gangguan atau kehilangan fungsi; bengkak lokal; krepitasi (suara detik tulang yang dapat didengar ketika fraktur digerakkan)

### Patofisiologi

Gaya yang relatif lemah, akibat gerakan seperti tergelincir atau memutar pergelangan kaki, merupakan penyebab utama fraktur pergelangan kaki. Gaya berenergi tinggi langsung atau tidak langsung, seperti yang terjadi pada kecelakaan kendaraan bermotor, juga dapat menyebabkan fraktur pergelangan kaki. Fraktur ini sering berhubungan dengan cedera jaringan lunak berat dan juga dislokasi sendi pergelangan kaki.

Pola cedera pergelangan kaki tergantung pada posisi kaki saat kejadian cedera, bisa spinasi maupun pronasi. Kombinasi antara posisi kaki dan gaya perusak memberikan pola tertentu fraktur pergelangan kaki. Empat gaya perusak yang paling sering (sesuai frekuensinya) adalah supinasi/ rotasi eksterna, pronasi/ rotasi eksterna,

supinasi/ adduksi, dan pronasi/ rotasi abduksi. Pergerakan tubuh dengan kaki menapak akan memperberat cedera.puntiran akan menghasilkan rotasi eksterna. Jatuh pada satu sisi akan menghasilkan cedera adduksi dan abduksi (Stanley, 2011).

Kondisi klinis fraktur maleolus, baik lateralis maupun medialis, pada fase awal menimbulkan berbagai masalah keperawatan pada klien, meliputi respon nyeri hebat akibat rusaknya jaringan lunak dan kompresi saraf, resiko tinggi cedera jaringan akibat kerusakan vaskuler dengan pembengkakan local yang menyebabkan sindrom kompartemen yang sering terjadi, hambatan mobilitas fisik sekunder akibat kerusakan fragmen tulang, dan resiko tinggi infeksi sekunder akibat *port de entrée* luka terbuka. Intervensi medis dengan penatalaksanaan pemasangan fiksasi interna menimbulkan masalah resiko tinggi infeksi pasca-bedah, nyeri akibat trauma jaringan lunak, resiko *foot drop* akibat cara mobilisasi yang salah, dampak psikologis *ansietas* sekunder akibat rencana bedah, prognosis penyakit, dan pemenuhan informasi (Muttaqin, 2012).

### Penatalaksanaan

Menurut Smeltzer & Bare (2002) penatalaksanaan fraktur terdiri dari :

1. Terapi konservatif
  - a. Immobilisasi :

Mempertahankan stuktur tulang agar pada tempatnya, yaitu dengan pembidaian.
  - b. Reposisi
    - 1) pemasangan gips
    - 2) penarikan (traksi)
2. Terapi operatif
  - a. ORIF (open reduction Internal fixation)

Dilakukan pembedahan untuk menempatkan piringan (plate) / batang logam pada pecahan 2 tulang

- b. OREF (open reduction eksternal fixation)  
Imobilisasi lengan atau tungkai menyebabkan otot menjadi lemah dan menciut karena itu sebagian besar penderita perlu menjalani terapi fisik.

### Komplikasi

Menurut Muttaqin (2009) komplikasi fraktur meliputi :

- a. Sindrom kompartemen  
Pada beberapa kasus, klien fraktur maleolus medial mengalami komplikasi sindrom kompartemen. Hal ini membuat prognosis penyakit menjadi lebih berat dan asuhan keperawatan yang diberikan semakin lama sehingga member dampak pada koping klien.
- b. Vaskuler  
Subluksasi yang hebat dapat segera menyebabkan gangguan pembuluh darah sehingga harus dilakukan reposisi secepatnya.
- c. Mal-union  
Reduksi tidak komplet akan menyebabkan posisi persendian tidak akurat sehingga menimbulkan osteoarthritis.
- d. Osteoarthritis
- e. Algodistrofi  
Adalah komplikasi dengan ciri-ciri penderita mengeluh nyeri, terdapat pembengkakan, dan nyeri tekan disekitar pergelangan kaki. Selain itu, juga terjadi perubahan tropic dan osteoporosis yang hebat.
- f. Kekakuan yang hebat pada sendi

### Fokus Intervensi

Adapun asuhan keperawatan diuraikan mulai dari pengkajian,

diagnosa keperawatan dan rencana dan Implementasi keperawatan. (Muttaqin, 2012)

#### 1. Anamnesis

Identitas klien; Riwayat penyakit sekarang; Riwayat penyakit dahulu; Riwayat penyakit keluarga; Riwayat psikososialspiritual; Pola penanggulangan stress; Pola tata nilai dan keyakinan.

#### 2. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : hal yang perlu dicatat adalah kesadaran klien, kesakitan atau keadaan penyakit, tanda-tanda vital

b. *Breathing* : pada pemeriksaan system pernafasan didapatkan tidak mengalami kelainan pernafasan.

c. *Blood* : inspeksi tidak ada iktus jantung, palpasi nadi meningkat, iktus tidak teraba, auskultasi suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada mur-mur.

d. *Brain*

Kepala, leher, wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan faring

e. *Bladder* : kaji keadaan urine

f. *Bowel* : lakukan pemeriksaan pada abdomen

g. *Bone* : adanya fraktur pada pergelangan kaki akan mengganggu secara local, baik fungsi motorik, sensorik, maupun peredaran darah

h. *Look* : pada system integument terdapat eritema, suhu disekitar daerah trauma meningkat, bengkak, edema, dan nyeri tekan.

i. *Feel* : kaji adanya nyeri tekan (*tenderness*) dan krepitasi pada daerah pergelangan kaki.

j. *Move* : pemeriksaan yang didapatkan adalah adanya gangguan gerak secara local di pergelangan kaki.

### 3. Diagnosa keperawatan dan Intervensi

#### a. Diagnosa pre operatif :

- 1) Nyeri akut b.d *agen injury* fisik, terputusnya jaringan tulang, gerakan fragmen tulang, edema dan cidera pada jaringan, alat traksi atau imobilisasi (Nanda, 2005).

NIC : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 120 menit adanya laporan klien nyeri berkurang.

NOC: klien mampu mengontrol nyeri, klien melaporkan nyeri berkurang, skala nyeri berkurang, ekspresi wajah rileks, TTV dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, N: 80-100 kali/menit, RR: 18-20 kali/menit, S: 36,5-37,5 °C).

Intervensi:

- a) Kaji lokasi, intensitas dan tipe nyeri atau karakteristik nyeri.
  - b) Observasi reaksi non verbal tentang ketidaknyamanan.
  - c) Atur posisi klien lebih tinggi (15-45) dan dukung ekstermitas yang sakit.
  - d) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.
  - e) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.
- 2) Kerusakan mobilitas fisik b.d nyeri atau ketidaknyamanan, kerusakan muskuloskeletal, terapi pembatasan aktivitas dan penurunan kekuatan atau tahanan (Nanda, 2009).

NIC: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 120 menit klien

mampu menunjukkan tingkat mobilitas yang optimal.

NOC: meningkatkan atau mempertahankan mobilitas pada tingkat yang tinggi maupun mampu melakukan mobilitas tanpa bantuan.

Intervensi:

- a) Kaji derajat immobilitas yang dihasilkan oleh cidera atau pengobatan dan perhatikan persepsi klien terhadap imobilisasi.
  - b) Motivasi klien untuk melakukan rentang gerak pasif atau aktif pada ekstermitas yang sakit.
  - c) Berikan/ bantu dalam mobilisasi dengan kursi roda, kruk tongkat sesegera mungkin.
- 3) Ansietas b/d kurang pengetahuan terhadap prosedur operasi (Nanda,2009).
- NIC : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 120 menit, klien memiliki rentang respon adaptif (tidak cemas)
- NOC : klien rileks dan melaporkan *ansietas* menurun sampai dapat ditangani, klien dapat mengakui dan mendiskusikan rasa takut, klien dapat menunjukkan rentang perasaan yang tepat.
- Intervensi :
- a) Berikan serta akui kenyataan atau normalitas perasaan cemas yang dialami klien.
  - b) Dorong ekspresi ketakutan klien



- c) Berikan informasi akurat tentang prosedur operasi dan perkembangan kesehatan.
  - d) Motivasi penggunaan manajemen stress, contoh : relaksasi napas dalam, bimbingan imajinasi, visualisasi.
  - e) Bimbing klien untuk berdoa menurut agama/kepercayaan yang dianut sebelum operasi dilakukan.
- b. Diagnosa intra operasi :
- 1) Resiko infeksi b.d *port de entry* (Nanda, 2005).  
NIC: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 120 menit klien tidak terjadi infeksi.  
NOC: TTV dalam batas normal (TD : 120/ 80 mmHg, N : 80-100 x/menit, RR : 16-20x/menit, S : 36,5 – 37,5°C), tidak muncul tanda-tanda infeksi seperti *tumor, rubor, dolor, color* sampai *nekrotik*. Leukosit : 5000-10.000 mm<sup>3</sup>.  
Intervensi:
    - a) Lakukan cuci tangan dengan prinsip steril.
    - b) Sterilisasi pada area sekitar pembedahan menggunakan, savlon, betadine.
    - c) Tutup dengan mempersempit area yang dilakukan insisi dengan duk steril.
    - d) Lakukan tindakan operatif berprinsip steril untuk setiap tindakan dan alat yang dipergunakan harus dalam keadaan steril.
    - e) Amati tanda-tanda vital.
  - 2) Resiko perdarahan b.d efek samping terkait terapi (pembedahan)  
NIC : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 120 menit tidak terjadi perdarahan.  
NOC: tanda vital dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, N: 80-100 kali/menit, RR: 18-20 kali/menit, S: 36,5-37,5 °C), perdarahan berhenti, akral teraba hangat.  
Intervensi :
    - a) Monitor tanda-tanda vital secara terus-menerus.
    - b) Persiapkan pemakaian *couter bipolar*.
    - c) Pantau jumlah perdarahan yang keluar.
    - d) Pantau jumlah cairan masuk ke dalam tubuh.
    - e) Kaji tanda-tanda perdarahan.
- c. Diagnosa Post operasi :
- 1) Resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran (Nanda, 2009).  
NIC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 120 menit klien tidak terjadi cedera.  
NOC: klien sampai di ruang pulih sadar dalam kondisi aman atau bebas dari cedera. Tidak ada laporan klien terjatuh dari brankar.  
Intervensi:
    - a) Bebaskan klien dari alat-alat operasi.
    - b) Pastikan posisi klien sejajar dari kepala hingga kaki sebelum dipindahkan.
    - c) Pindahkan klien menggunakan *long spine board* secara bersamaan.
-

- d) Naikkan pengaman brankar dan perhatikan jalan yang akan dilalui, pastikan sesuai prosedur.
- 2) Gangguan perfusi jaringan perifer b.d penurunan atau interupsi aliran darah, cedera vaskuler langsung, edema (Muttaqin, 2012).  
NIC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 120 menit klien tidak mengalami gangguan perfusi jaringan perifer.  
NOC: perabaan kulit hangat, sensasi normal, TTV stabil, haluaran urin adekuat  
Intervensi:
- Lepaskan perhiasan dari ekstremitas yang sakit
  - Evaluasi adanya kualitas nadi perifer distal terhadap cedera melalui palpasi.
  - Kaji aliran perifer, warna kulit pada fraktur
  - Awasi TTV, perhatikan tanda sianosis, pucat, kulit dingin
  - Lakukan kajian neuromuskulair, perhatikan adanya perubahan fungsi motorik atau sensorik.

## RESUME KEPERAWATAN Pengkajian

### Pre Operasi

Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 Juli 2012 jam 08.00 diperoleh data : Identitas pasien: Nama/inisial klien : Ny. P; Umur : 55 tahun; Jenis kelamin : perempuan; Alamat : genengsari 8/10, blangu, sragen; Diagnosa Medis : *Close fraktur ankle dextra*; No. RM : 22.01.90; Pendidikan : SMA; Sumber informasi : klien, catatan keperawatan; Tanggal masuk : 10

Juli 2012 pukul 18.00 wib; Tanggal pengkajian : 11 Juli 2012 pukul 08.00 wib.

Riwayat kesehatan pasien. Keluhan utama : Cemas karena akan dioperasi; Riwayat penyakit dahulu : Klien memiliki riwayat penyakit DM ± 5 tahun yang lalu, klien juga memiliki riwayat penyakit hipertensi. Klien rutin control ke RS Dr. Oen Surakarta dan diberikan obat captopril dan Metformin; Riwayat penyakit sekarang : 1 hari SMRS klien mengeluh nyeri pada tungkai kanan, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, bertambah nyeri saat digerakkan dengan skala nyeri 6 dan klien mengeluh tidak dapat berjalan setelah terjatuh karena terpeleset dari tangga, posisi jatuh kaki kanan tertekuk. Sesaat setelah jatuh klien dibawa keluarganya ke RS Amal Sehat Sragen, kemudian klien dirujuk ke RS Ortopedi Prof. DR. R. Soeharso Surakarta. Saat pengkajian klien mengatakan takut akan di operasi, klien mengatakan selama 55 tahun baru kali ini klien dioperasi. Klien terlihat selalu berdoa selama di ruang tunggu operasi, dan klien selalu bertanya kepada perawat berapa lama operasinya akan berlangsung, dan nanti saat dioperasi sakit atau tidak. Tangan klien teraba dingin.

Pemeriksaan fisik, kesadaran *composmentis*; GCS: E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>; Tanda-tanda vital: TD: 110/80 mmHg; RR: 22 x/menit; N: 86 x/menit; S: 36,2 °C. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 10 Juli 2012 diperoleh hasil: nilai Hemoglobin 12,1 gr/dl (12-14), Leukosit 11.200 mm<sup>3</sup> (5000-10.000), Eritrosit 4,23 10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup> (4,5- 5,5 juta), Hematokrit 34 % (37-43), Trombosit 185.000 mm<sup>3</sup> (150.000-500.000), PT 12,7 detik (10,8-14,4) , APTT 29,7 detik(24-36),

INR 1,01 detik (2,0-4,5), HbsAg negatif, dan kreatinin 0,51 mg/dl (0,5 – 0,9). Hasil pemeriksaan radiologi pada tanggal 10 Juli 2012 diperoleh kesan *Ankle AP/Lat dextra: CF. Ankle dextra.*

Terapi yang diberikan pada tanggal 11 Juli 2012; pre operasi: Infus RL 20 tpm, injeksi soclaf 2 gr, infus HAES 500ml; intra operasi *Anestesi spinal*; Infus RL 20 tpm; Ephedrin 5 mg; post operasi: O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm, Ketorolac 25 mg/8jam, Diit TKTP (Tinggi kalori tinggi protein), Infus RL 20 tpm. Ekspresi klien meringis menahan sakit pada saat bergeser ke bed yang lain. Pada pergelangan kaki kanan terdapat *oedema, deformitas* dan nyeri tekan. . Ekstremitas, kekuatan tonus otot/ motorik :

5	5
1	5

a. *Ansietas* b.d prosedur operasi

Diagnosa tersebut muncul didukung data klien dengan hasil pengkajian pre operasi didapatkan data klien mengatakan takut akan di operasi, dan klien juga mengatakan selama 55 tahun baru kali ini klien dioperasi. Data objektif didapatkan klien terlihat selalu berdoa selama di ruang tunggu, klien selalu bertanya kepada perawat berapa lama operasinya akan berlangsung, dan nanti saat dioperasi sakit atau tidak, tangan klien teraba dingin, TD : 120/ 80 mmhg, nadi : 84 x/ mnt, RR: 24x/mnt, suhu: 36°C.

Tujuan yang diharapkan adalah klien mampu mengontrol cemas dan mempunyai mekanisme koping yang positif setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit dengan kriteria hasil, klien mengidentifikasi, mengungkapkan

dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas, klien mengatakan lebih tenang, ekspresi klien tenang dan rileks, vital sign dalam batas normal TD: 110-120/70-80mmHg, N: 60-100 x/menit, RR: 16-22x/menit, S: 36-37,5 °C dan postur tubuh, bahasa

Implementasi keperawatan yang sesuai dengan intervensi dilakukan jam 08.00 WIB, memberikan tindakan mengkaji penyebab dan tingkat kecemasan klien. Respon klien, klien mengatakan takut akan di operasi, klien mengatakan selama 55 tahun baru kali ini klien dioperasi. Klien terlihat selalu berdoa selama di ruang tunggu, dan klien selalu bertanya kepada perawat berapa lama operasinya akan berlangsung, dan nanti saat dioperasi sakit atau tidak. Tangan klien teraba dingin. Pada jam 08.15 WIB, menjaga ketenangan ruangan dengan respon klien tampak tenang dan siap menghadapi operasi, ruangan tenang tidak ada kegaduhan. Pada jam 08.15 WIB, menjelaskan prosedur dan tindakan dengan singkat dan jelas dan dengan tidak menakut-nakuti klien. Respon klien, klien mengatakan klien sedikit lebih tenang setelah diberi penjelasan, klien juga mengatakan ketakutan berkurang. Evaluasi dilakukan pada hari itu juga dengan diperoleh data subyektif: klien mengatakan cemas berkurang dan siap untuk operasi, klien mengatakan sudah lebih tenang. Data obyektif: klien kooperatif mempraktekan relaksasi nafas dalam, ruangan tenang, ekspresi klien lebih tenang dan rileks, klien tetap berdoa selam dibawa keruangan operasi. Untuk perawat, berdasarkan hasil

evaluasi yang diperoleh di atas, implementasi yang telah dilakukan sudah memberikan pengaruh terhadap kecemasan klien. Masalah teratasi, dan intervensi dihentikan.

b. Nyeri akut b.d *Agen injury fisik*

Diagnosa tersebut muncul karena didukung data subjektif berupa klien mengeluh nyeri, nyeri saat digerakkan, nyeri seperti ditusuk-tusuk pada tungkai kanan dengan skala nyeri 6, nyeri dirasakan terus menerus. Sedangkan data objektif yang didapatkan adalah klien meringis kesakitan saat dipindah bed/kakinya digerakkan, terdapat *oedema* pada pergelangan kaki kanan, TD : 120/ 80 mmhg, nadi : 84 x/ mnt.

Tujuan yang diharapkan adalah setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x30 menit, nyeri berkurang dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri menurun menjadi rentang 4-6, klien lebih tenang, ekspresi klien lebih rileks, tanda-tanda vital dalam rentang normal: TD: 110-120/70-80 mmHg, RR: 16-22 x/menit, N: 60-100 x/menit, S: 36-37,5 °C.

Tindakan keperawatan yang sesuai rencana yaitu pada jam 08.30 WIB, mengkaji lokasi, intensitas, frekuensi dan tipe nyeri. Respon klien, klien mengatakan pergelangan kaki kanan terasa nyeri apalagi kalau digerakkan (P: nyeri gerak, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: pergelangan kaki kanan, S: 6, T: terus menerus), klien meringis kesakitan saat menggerakkan kaki kanannya. Pada pukul 08.50 memberikan injeksi *soclaf* 2 gram per drip dalam infuse RL 500 cc. Respon klien obat masuk melalui IV cateter dalam 500cc dengan

kecepatan 20 tpm tanpa adanya tanda-tanda alergi. Pada jam 09.10 WIB, mengajarkan nafas dalam. Respon klien, klien kooperatif mempraktekan relaksasi nafas dalam saat dipindahkan ke bed lainnya. Hasil evaluasi diperoleh data subyektif: klien mengatakan pergelangan kaki kanan terasa nyeri saat digerakkan. Saat ini nyeri berkurang kalau tidak digerakkan (P: nyeri gerak, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: pergelangan kaki kanan, S: 4, T: terus-menerus. Sedangkan untuk data obyektif: ekspresi klien lebih rileks dan tenang, klien mampu mempraktekan nafas dalam yang diajarkan, *soclaf* 2 gram masuk per drip NaCl 30 tpm (per IV), tanda-tanda vital: TD: 110/80 mmHg, RR: 22 x/menit, N: 86 x/menit, S: 36,2 °C, dan RR: 22x/menit.

Hasil evaluasi yang diperoleh di atas, implementasi terhadap diagnosa ini yang telah dilakukan sudah memberikan pengaruh terhadap nyeri klien. Masalah teratasi sebagian, dan intervensi dilanjutkan ajarkan teknik relaksasi *guade imagery* dan berikan analgetik.

Intra Operasi

a. Resiko perdarahan b.d efek samping terkait terapi (pembedahan)

Proses jalannya operasi: perawat mempersiapkan meja operasi (steril), menghadirkan klien di ruangan operasi yang sudah dipersiapkan, menghidupkan lampu operasi, memosisikan klien tidur terlentang (*supine*), jenis anestesi yang diberikan adalah anestesi spinal, mengobservasi sensasi klien, pada pukul 09.25.

Pada pukul 09.40 klien sudah tidak merasakan sensasi yang diberikan dikaki, selanjutnya dipasang tourniquet pada pangkal paha. Dilakukan *desinfektan* pada kaki kanan dengan cairan saflon, dilanjutkan pembersihan menggunakan betadin. Lokasi operasi telah steril dan siap dilakukan operasi.

Prosedur pembedahan: Pembedahan dimulai pukul 09.45 wib, klien dilakukan insisi pada 2 sisi, sisi dalam sepanjang  $\pm 10$  cm, pada sisi luar sepanjang  $\pm 15$  cm. Prosedur ORIF: Setelah reposisi, berikan *implan* dengan 6 *hole*.

Operasi selesai pukul 10.30 wib dan klien langsung dipindahkan ke *Recovery Room*, dengan perdarahan sebanyak  $\pm 60$ cc tanpa tambahan Nacl, dan hasil pengukuran TTV selama operasi berlangsung: jam 09.10 WIB: tekanan darah 118/72 mmHg, nadi 81 x/menit dan saturasi O<sub>2</sub> 98%; jam 10.00 WIB: tekanan darah 135/83 mmHg, nadi: 81 x/menit dan saturasi 99%.

Hasil pengamatan saat membantu menjadi asisten operasi, penulis mengangkat *diagnosa* yang ada saat proses operasi berlangsung, *diagnosa* tersebut resiko perdarahan b.d efek samping terkait terapi (pembedahan). Dengan didukung data objektif berupa volume darah dan cairan pada suction sebanyak 60 cc, cairan berwarna merah kental. terpasang infuse RL 20 tpm, hasil pengukuran TTV selama operasi berlangsung: jam 09.10 WIB: tekanan darah 118/72 mmHg, nadi 81 x/menit dan saturasi O<sub>2</sub> 98%; jam 10.00 WIB: tekanan darah 135/83 mmHg,

nadi: 81 x/menit dan saturasi 99%.

Tujuan yang diharapkan adalah selama 1x60 menit, yaitu resiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil volume cairan *tubuh* kembali normal, tidak ada tanda-tanda syok, hemoglobin dalam batas normal.

Implementasi Keperawatan dilakukan peneliti sebagai asisten 3 sebagai berikut: jam 09.15 WIB, memantau tanda-tanda vital dengan respon obyektif TD: 118/ 72mmHg, Nadi: 81 x/menit dan Saturasi: 98 %. Jam 09.30 WIB, insisi dilakukan dengan trus mengontrol perdarahan yang terjadi, dengan respon perdarahan yang dihasilkan terkontrol, pada pukul 09.40 WIB pihak anestesi memberikan cairan IV secara adekuat, dengan respon infuse RL terpasang dengan tetesan 20 tpm secara lancar. Jam 10.00 WIB, memonitor tanda-tanda vital dengan respon obyektif TD: 135/83 mmHg, Nadi: 81 x/menit dan Saturasi: 99 %. Jam 18.40 WIB, pada pukul 10.05 wib memonitor jumlah perdarahan yang terjadi, dengan respon objektif perdarahan sebanyak  $\pm 60$  cc.

Hasil evaluasi diperoleh data: perdarahan selama operasi sebanyak  $\pm 60$  cc, tidak adanya tanda-tanda syock, TTV dalam batas normal : TD: 135/83 mmHg, Nadi: 81 x/menit dan Saturasi: 99 %. Untuk perawat, berdasarkan hasil evaluasi yang diperoleh di atas, implementasi yang telah dilakukan sudah memberikan pengaruh terhadap resiko perdarahan klien. Masalah teratasi, dan intervensi dihentikan.

### Post operasi

- a. Resiko cedera b.d gangguan persepsi sensori akibat efek anestesi

Klien tiba di *Recovery Room* pukul 10.35 wib, klien langsung dipindahkan ke bed klien semula. Perawat memasang O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm. Nilai *Bromage Score* 3 ( normal <2). Klien bertanya apakah jahitan pada operasinya banyak? Terdapat bekas insisi bedah pada 2 sisi, sisi dalam sepanjang ± 10 cm, pada sisi luar sepanjang ±15 cm. Terdapat heacting pada 2 sisi, sisi dalam sepanjang ± 10 cm, pada sisi luar sepanjang ±15 cm. Kondisi pergelangan kaki kanan terbalut. Tanda-tanda vital: TD: 130/89mmHg, RR: 22 x/menit, N: 84 x/menit, S: 36,0 °C. Klien mengatakan masih ingin tidur lagi.

Dari hasil pengkajian diatas diagnosa yang dapat ditegakkan adalah resiko cedera b.d gangguan persepsi sensori akibat efek anestesi didukung oleh data subjektif klien mengatakan ngantuk dan ingin tidur lagi. Dan data objektif berupa posisi klien semi fowler, pada samping tempat tidur belum terpasang siderail, *Bromage score* 3, klien tidur kembali, terdapat balutan pada kaki kanan.

Tujuan yang diharapkan adalah selama 1x60 menit, resiko cedera tidak terjadi dengan kriteria hasil Pengisian kapiler cepat, Sensasi perifer normal, Warna dan suhu tubuh normal, Fungsi otot tidak mengalami

gangguan, Tidak mengalami edema perifer.

Implementasi keperawatan dilakukan mulai jam 10.35 WIB yaitu memindahkan klien ke bed pasien di ruang RR dengan posisi sejajar dan hati-hati, dengan respon objektif klien terpindah dengan selamat dan klien tidak kesakitan. Jam 10.40 WIB memasang oksigen nasal canul 3 lpm, dengan respon objektif oksigen nasal canul terpasang, jam 10.45 memosisikan semi fowler dan memasang side rail pada bed klien, dengan respon objektif klien posisi semi fowler, side rail terpasang, dank lien tampak mengantuk, mengorientasikan klien pada tempat yang baru, respon subjektif klien mengatakan masih mengantuk dan ingin tidur lagi, klien juga bertanya berapa jahitan dikaki kanannya, memotivasi klien untuk istirahat adekuat selama masa pemulihan dan mengurangi gerak dengan respon klien mengatakan bersedia untuk istirahat, ekspresi klien tenang dan rileks dengan posisi semi fowler.

Evaluasi dilakukan pada hari itu juga jam 12.00 WIB dengan menyimpulkan respon subyektif dan obyektif. Dari hasil implementasi diperoleh kesimpulan dengan data subyektif: klien mengatakan berapa jahitan yang ada pada kaki kanannya dan klien juga mengatakan ingin tidur lagi karena masih mengatuk. Data obyektif: terpasang oksigen nasal

canul 3 lpm, posisi klien semi fowler, terpasang infuse RL 20 tpm, terpasang *siderail* disisi kanan dan kiri, klien mengantuk dan terkadang tidur. Untuk perawat, berdasarkan hasil evaluasi yang diperoleh di atas, implementasi yang telah dilakukan sudah memberikan pengaruh terhadap resiko cedera klien. Masalah teratasi sebagian.

Pada pukul 12.25 WIB kondisi klien dikaji dengan hasil: aktifitas motorik baik, pernafasan spontan, tekanan darah normal, kesadaran composmentis, warna kulit tidak mengalami kebiruan, klien juga mengatakan tidak merasa pusing, tidak mengantuk, tidak mual dan muntah. *Bromage score* 2. Yang termasuk indikasi untuk bisa dilakukan pindah ruangan perawatan.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas tentang Asuhan Keperawatan Pada Ny.P dengan *Close Fraktur Ankle Dextra* di Ruang Instalasi Bedah Sentral RS Ortopedi Prof.Dr.R Soeharso Surakarta. Asuhan dilaksanakan selama satu hari yaitu tanggal 11 Juli 2012

### Pengkajian

Pada saat pengkajian Ny. P penulis menemukan data-data yang sesuai dengan teori sehingga memudahkan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan. Pengkajian fokus pada teori untuk fraktur ankle yaitu *Look, Feel, dan Move* muncul juga pada saat penulis mengkaji klien seperti : *Look* adanya edema, kemerahan pada pergelangan kaki, *Feel* terdapat

kremitasi pada daerah pergelangan kaki dan adanya nyeri tekan pada pergelangan kaki. *Move* tampak saat klien kesakitan bila menggerakkan pergelangan kakinya.

### Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa yang muncul dalam teori dan muncul dalam kasus

a. Pre operasi

1) *Ansietas* b.d prosedur operasi

Diagnosa *ansietas* b.d prosedur operasi muncul pada pre operasi, penulis menegaskan diagnosa ini karena secara psikologi respon terhadap tindakan pembedahan adalah cemas. Sebanyak 90% klien pre op mengalami kecemasan (carpenito, 2006). Dari hasil pengkajian didapatkan klien baru pertama kali dilakukan operasi sehingga klien belum mengetahui gambaran ruang operasi sebelumnya. Penulis memberikan penjelasan mengenai prosedur operasi secara singkat dan jelas dengan tidak menakutkan dengan harapan dapat mengurangi kecemasan klien. Tindakan penulis ini sesuai dengan penelitian Pamungkas (2008) dengan judul "*Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Hernia Di RSUD Sragen*" menunjukkan hasil nilai rata-rata tingkat kecemasan sesudah diberikan pendidikan kesehatan sebesar 35,767 lebih rendah daripada nilai rata-rata tingkat kecemasan

sebelum pendidikan kesehatan sebesar 48,667. Menurut Morton (2012) banyak pasien membutuhkan penjelasan yang sering mengenai apa yang terjadi pada mereka. Penjelasan ini mengorientasikan mereka kembali, memilah rangkaian kejadian dan membantu mereka membedakan kejadian yang sebenarnya dari mimpi atau halusinasi. Sehingga kecemasan sangat dapat diredakan dengan penjelasan yang sederhana.

2) Nyeri akut b.d agen injury fisik

Diagnosa nyeri akut b.d agen injury fisik muncul pada pre operasi, menurut NANDA (2006) nyeri akut adalah pengalaman emosional dan sensori tidak menyenangkan yang muncul dari kerusakan jaringan secara actual atau potensial atau menunjukkan adanya kerusakan (*Association for the study of pain*) : serangan mendadak atau perlahan dari intensitas ringan sampai berat yang dapat diantisipasi atau diprediksi durasi nyeri kurang dari 6 bulan. Nyeri pada fraktur ankle terjadi karena fragmen tulang yang patah menusuk jaringan saraf yang berada pada sekitar patahan tulang sehingga menimbulkan rasa nyeri. Nyeri akut yang dialami klien terjadi saat pergelangan kaki digerakkan, pada saat pemindahan klien ke bed khusus ruang operasi klien

tampak menahan nyeri, sehingga penulis mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan klien saat itu. Tindakan perawat ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ayudianingsih (2009) dengan judul penelitian "*Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Femur Di Rumah Sakit Karima Utama Surakarta*" yang mengatakan ada pengaruh yang signifikan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien pasca operasi fraktur femur antara kelompok eksperimen dan kelompok control di Rumah Sakit Karima Utama Surakarta (pv : 0,006). Dalam intervensi selanjutnya penulis memberikan rencana memberikan intervensi mengajarkan teknik relaksasi *guade imagery*, karena menurut penelitian dari Antall, Gloria, Kresevic, dan Denise dalam jurnalnya yang berjudul "*The Use Guade Imagery To Manage Pain In An Elderly Orthopedic Population*" menyatakan bahwa penggunaan *Guade Imagery* untuk pasien pasca operasi didukung oleh studi penelitian percobaan menunjukkan kemanjuran *Guade Imagery* sebagai intervensi untuk mengurangi rasa sakit dan kecemasan dalam populasi pasca



operasi penggantian sendi pada orang tua.

b. Intra operasi

1) Resiko *perdarahan* b.d efek samping terkait terapi (pembedahan)

Menurut Herdman (2012) resiko perdarahan adalah suatu keadaan beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan. Resiko perdarahan muncul pada intra operasi karena tindakan ORIF yang dilakukan pada ankle berhubungan dekat dengan arteri yaitu arteri *anterior tibial* dan arteri *posterior tibial* yang berada pada sekitar *ankle*. Dengan dilakukannya insisi pada ankle memungkinkan terjadinya resiko perdarahan pada insisi bila mengenai arteri tersebut. Pada saat operasi berlangsung perdarahan berlebih tidak terjadi karena apabila ada perdarahan sedikit saja operator langsung menutup memperkecil perdarahan dengan cutter/ diathermi. Untuk mengatasi resiko perdarahan tersebut pada pre operasi sebelum anestesi spinal klien telah diberikan cairan HAES 500cc yang berguna saat preloading cairan yang cepat yang diinginkan, dalam situasi di mana kelebihan air bebas tidak diinginkan, ini sesuai dengan apa yang diteliti oleh Veroli dan Benhamou dalam jurnalnya yang berjudul "*Comparison Of Hypertonic Saline (5%), Isotonic Saline And Ringer's Lactate Solutions For Fluid*

*Preloading Before Lumbar Extradural Anaesthesia*", dengan hasil nilai dari kontrol volume dan durasi preload cairan secara signifikan pada kelompok HS (760 (SD 25) ml, 8,8 (SD 2,9) min) dibandingkan dua kelompok lainnya (NS: 903 (144) ml, 17,7 (3.3) min, RL:932 (166) ml, 212 (6,0) min) (P <0,05).

Pada saat intra operasi diberikan cairan RL 20 tpm untuk mencegah adanya perdarahan yang berakibat menjadi syok, ini sesuai dengan jurnal dari Diehl, Louise, Kamisky, dan Marry fran yang berjudul "*Choosing In The Right Fluid To Counter Hipovolemic Shock*". Pada jurnal ini dijelaskan cairan isotonik memiliki tonisitas yang sama sebagai plasma. Cairan isotonik berguna dalam meningkatkan volume intravaskuler tanpa mengubah pergeseran cairan dalam atau luar sel atau mengubah konsentrasi plasma elektrolit, contoh cairan isotonik adalah Nacl 0,9%, dan larutan ringer laktat. Gunakan cairan isotonik bagi pasien yang kehilangan cairan melalui muntah, diare, yang akan menjalani tranfusi darah dan pasien yang kehilangan cairan selama operasi. Karena cairan isotonik memperluas volume sirkulasi, memantau kelebihan cairan atau overload.

c. Post operasi

1) Resiko cedera b.d gangguan persepsi/

sensorik akibat efek anestesi.

Pada saat post operasi diagnosa yang muncul adalah resiko cedera b.d gangguan persepsi sensorik akibat anestesi, pada klien dengan dengan kasus pembedahan resiko cedera merupakan hal penting yang harus diperhatikan. Selain dengan peralatan-peralatan yang banyak jenisnya, klien juga diberikan obat anestesi. Dimana obat anestesi berfungsi melemahkan fungsi saraf sensorik. Melemahnya fungsi saraf sensorik menyebabkan koordinasi gerakan klien tidak bisa dikontrol (Latief, Kartini dan Ruswan, 2009). Pada saat klien dipindahkan di RR klien sadar namun klien masih merasa ngantuk, sehingga klien sering tertidur kembali karena efek dari anestesi. Sehingga perlu adanya tindakan preventif untuk menjaga klien yang masih terpengaruh anestesi di ruang RR. Intervensi yang dilakukan penulis untuk mencegah resiko jatuh klien adalah dengan memasang side rail pada tempat tidur klien. Pemasangan side rail terbukti dapat mencegah insiden jatuh pada pasien seperti yang dikemukakan oleh Capezuti Elizabeth, Wagner Laura M, dkk dalam jurnalnya yang berjudul "*Consequences of an Intervention to Reduce Restrictive Side Rail Use in Nursing Homes*", yang menyatakan pengurangan

penggunaan sisi rel menyebabkan peningkatan jatuh dari tempat tidur. Terbukti dengan hasil penelitiannya di 4 panti jompo dengan sampel 251 didapatkan hasil pada peserta 51,4% (n = 130) mengurangi penggunaan sisi rel terbatas. Untuk kelompok yang mengurangi sisi rel terbatas, ada tingkat jatuh secara signifikan (P <.001) dikurangi (-0,053; 95% confidence interval (CI) = -0,083 sampai -0,024), sedangkan kelompok yang terus menggunakan sisi rail menunjukkan secara signifikan (P = .17) mengurangi tingkat jatuh (-0,013; 95% CI = -0.056-0.030).

2. Diagnosa yang disebutkan dalam teori dan tidak ada dalam kasus

a. Pre operasi

1) Gangguan mobilitas fisik

Diagnosa tersebut tidak dimunculkan penulis karena klien masih dapat melakukan mobilitas secara minimal walaupun disertai dengan rasa nyeri yang hebat saat digerakkan kakinya. Klien masih dapat duduk, makan, dan memakai baju tanpa bantuan. Sehingga dalam penggolongan tingkat fungsional yang ditetapkan Nanda (2012) klien masuk dalam kategori 2 yaitu dengan menggunakan bantuan orang lain.

2) Resiko sindrom kompartemen

Menurut Greenberg (2008) sindrom kompartemen dapat bermanifestasi secara klinis

yang disebut 5P yaitu: nyeri (pain), parestesi, paralisis, pucat, dan keadaan tanpa nadi (*pulselessness*). Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan kecurigaan klinis dan kuantifikasi tekanan intrakompartemen dengan menggunakan berbagai alat. Pengukuran 30mmHg atau lebih besar bersifat signifikan (tekanan kompartemen normal kurang dari 10mmHg).

Penulis tidak menegakkan diagnosa ini karena untuk menegakkan diagnose sindrom kompartemen diperlukan penilaian mengenai tekanan intrakompartemen yang signifikan, sedangkan pada klien tidak dilakukan pengukuran tekanan kompartemen dan juga tidak ditemukan tanda paralisis dan *pulselessness* pada klien.

b. Intra operasi

1) Resiko infeksi.

Penulis tidak memunculkan diagnosa ini karena data-data untuk menjadi resiko infeksi ini kurang mendukung, seperti tidak ada peningkatan suhu tubuh. Nilai hemoglobin klien dalam rentang normal, kulit utuh. Pada saat pelaksanaan operasi didukung oleh operator, perawat, dan lingkungan yang steril dibuktikan dengan operator dan perawat yang akan menjalani operasi melakukan cuci tangan steril dan menggunakan jubah steril, alat-alat yang digunakan juga disterilkan terlebih dahulu sehingga

meminimalisir terjadinya resiko infeksi pada pasien.

c. Post operasi

1) Gangguan perfusi jaringan perifer b.d penurunan atau interupsi aliran darah, cedera vaskuler langsung, edema.

Penulis tidak menegakkan diagnosa tersebut karena keterbatasan dari penulis sendiri, namun dalam hal ini penulis melakukan implementasi terhadap masalah keperawatan tersebut seperti mengecek *capillary refill* dan menganjurkan klien untuk menggerak-gerakkan kakinya hanya saja semua itu tidak terdokumentasi.

3. Diagnosa yang tidak ada dalam teori dan muncul pada kasus

Dalam Asuhan Keperawatan Pada Ny.P dengan *Close Fraktur Ankle Dextra* di Ruang Instalasi Bedah Sentral RS Ortopedi Prof.Dr.R Soeharso Surakarta. Tidak dimunculkan diagnosa yang keluar dari teori semua diagnosa yang muncul sama dengan teori.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian "Asuhan Keperawatan pada Ny. P dengan Close Fraktur Ankle Dextra di RS Ortopedi Prof. DR.R. Soeharso Surakarta" dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian fokus pada Ny.P adalah: *Look* (pada system integument terdapat eritema, suhu disekitar daerah trauma meningkat, bengkak, edema, dan nyeri tekan), *Feel* (kaji adanya nyeri tekan (*tenderness*) dan krepitasi pada daerah pergelangan kaki), *Move* (pemeriksaan yang didapatkan

adalah adanya gangguan gerak secara lokal di pergelangan kaki).

2. Diagnosa keperawatan yang muncul diseluruh tindakan perioperatif, saat pre operasi diagnosa yang muncul adalah *ansietas* berhubungan dengan prosedur pembedahan, nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik. Pada saat intra operasi diagnosa yang muncul adalah Resiko perdarahan b.d efek samping terkait terapi (pembedahan). Dan pada saat post operasi diagnosa yang muncul adalah resiko cedera b.d gangguan persepsi/ sensorik akibat efek anestesi.
3. Intervensi dari diagnosa *ansietas* adalah jelaskan prosedur dan tindakan dengan singkat dan jelas, dan ajarkan teknik relaksasi progresif atau nafas dalam. Diagnosa nyeri rencana intervensi adalah observasi tanda-tanda vital, immobilisasi bagian yang sakit, ajarkan relaksasi nafas dalam, dan kolaboratif pemberian analgetik. Diagnosa resiko perdarahan berupa observasi TTV, monitor tanda-tanda perdarahan, kaji adanya tanda-tanda dehidrasi. Rencana intervensi untuk resiko cedera adalah memasang side rail pada tempat tidur klien.
4. Dalam melakukan implementasi terdapat tindakan yang harus dikerjakan secara bersama-sama dan dengan kekompakan tim, antara dokter bedah, dokter anestesi, perawat bedah, serta perawat anestesi
5. Evaluasi dari masalah saat pre operasi *ansietas* klien terasi dengan tanda-tanda klien tampak lebih siap dalam menghadapi operasi. Nyeri klien terasi sebagian sehingga penulis

menganjurkan untuk terus melakukan teknik relaksasi nafas dalam bila dirasakan nyeri. Pada masalah yang muncul pada intra operasi diperoleh hasil evaluasi masalah teratasi dengan tidak adanya tanda-tanda perdarahan. Pada saat post operasi, masalah resiko cedera teratasi sebagian, dan penulis mempertahankan intervensi dengan terus mengawasi klien selama di RR dan memasang siderail.

### Saran

Berdasarkan hasil pembahasan dan kesimpulan, maka penulis memberikan saran – saran, yaitu :

1. Bagi mahasiswa  
Agar dapat terus meningkatkan wawasan tentang asuhan keperawatan dengan close fraktur ankle.
2. Bagi perawat  
Semoga akan terus meningkatkan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan dengan close fraktur ankle sehingga meminimalkan masalah keperawatan.
3. Serta bagi penulis  
Karya tulis ilmiah lainnya untuk lebih menggali lagi dan meningkatkan teori-teori serta penemuan yang mendukung kasus close fraktur ankle ini.

### DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2012. <http://www.scoi.com/ankle.php>. diakses pada tanggal 31 Oktober 2012. Pukul 09.10 WIB.
- Antall, Gloria, dkk. 2004. The Use Guade Imagery To Manage Pain In An Elderly Orthopedic Population. *Orthopaedic nursing;23,5;proquest research library pg.335*

- Apley. 1995. *Buku Ajar Ortopedi & Fraktur Sistem Apley*. Jakarta: Widya Medika
- Ayudianningsih. 2009. *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Femur Di Rumah Sakit Karima Utama Surakarta*. Surakarta : UMS
- Black, J.M & Hawks, J.H. 2005. *Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes, Vol.1*. Philadelphia : Elsevier Saunders
- Capezuti Elizabeth, Wagner Laura M, dkk. 2007. Consequences of an Intervention to Reduce Restrictive Side Rail Use in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 55(3): 334-341
- Carpenito, L. J. 2006. *Buku Diagnosa Keperawatan*. Edisi 6. Jakarta : EGC
- Diehl, Louise, dkk. 2004. Choosing In The Right Fluid To Counter Hipovolemic Shock. *Nursing; 34, 3; proquest research library pg.52*
- Gwinnut, Carl L. 2012. *Catatan kuliah anestesi klinis. Edisi 3*. Jakarta : EGC
- Herdman, Heather. 2012. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. EGC: Jakarta
- Latief, said A, Kartini A, Suryadi dan M. Ruswan Dachlan. 2009. *Petunjuk praktis anestesiologi dan Terapi Intensif FK-UI* : Jakarta
- Mansjoer. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran. Edisi 2. Jilid 2*. Jakarta : Media Aesculapius.
- Morton. Patricia G, Fontaine. Dorrie. 2012. *Keperawatan kritis. Pendekatan asuhan holistic. Volume 1*. Jakarta : EGC
- Muttaqin, Arif. 2009. *Asuhan keperawatan perioperatif: Konsep, proses, dan aplikasi*. Jakarta : salemba medika
- Muttaqin, Arif. 2012. *Buku saku gangguan muskuluskeletal aplikasi pada praktik klinik keperawatan*. Jakarta : salemba medika
- NANDA. 2010. *Nursing Diagnosis : Definitions and Clasification*. Philadelphia : AS
- Pamungkas, Idris Yani. 2008. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Hernia di RSUD Sragen*. Surakarta : UMS
- Sjamsuhidajat. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sjamsuhidajat. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 2*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Smaltzer, dan Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah : Brunner Suddart, Vol. 1*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Stanley, Hoppenfeld. 2011. *Terapi dan Rehabilitasi Fraktur*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Veroli, Benhamou. 1992. Comparison Of Hypertonic Saline (5%), Isotonic Saline And Ringer's Lactate Solutions For Fluid Preloading Before Lumbar Extradural Anaesthesia. [Oxfordjournals.Org/Content/69/5/461](http://Oxfordjournals.Org/Content/69/5/461).
- Wilkinson. 2002. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
-

Wilkinson. 2012. Buku saku  
diagnosis keperawatan. Edisi  
9. Diagnosis NANDA,  
intervensi NIC, criteria hasil  
NOC. Jakarta :EGC

---

**\*Ninik Handayani** : Mahasiswa Profesi  
Ners 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

---