

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y DENGAN CLOSE FRAKTUR CRURIS (TIBIA
FIBULA) 1/3 DISTAL DEXTRA DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI SURAKARTA**

NASKAH PUBLIKASI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Mendapatkan Gelar
Profesi Ners (Ns)



Disusun oleh :

CAHYANI TRI PUSPITASARI

J230113031

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA

2012

LEMBAR PENGESAHAN

NASKAH PUBLIKASI

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y DENGAN CLOSE FRAKTUR
CRURIS (TIBIA FIBULA) 1/3 DISTAL DEXTRA DI RUANG INSTALASI
BEDAH SENTRAL RSUD Dr. MOEWARDI SURAKARTA**

Disusun oleh :

CAHYANI TRI PUSPITASARI

J 230 113 031

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal
10 November 2012, dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Dewan Penguji

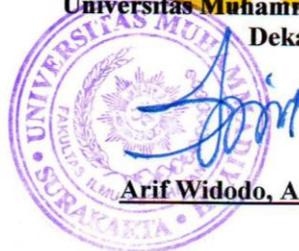
1. **Abi Muhlisin, SKM., M.Kep** (.....)
2. **Nanang Legawa, SKM., S.Kep** (.....)
3. **Wiaarsih Nur A, S.Kep., Ns., ETN., M.Kep.** (.....)

Surakarta, 10 November 2012

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta

Dekan,



Arif Widodo, A.Kep., M.Kes.

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y DENGAN CLOSE FRAKTUR CRURIS (TIBIA FIBULA)
1/3 DISTAL DEXTRA DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH Dr. MOEWARDI SURAKARTA**

Cahyani Tri Puspitasari*

Abi Muchlisin., SKM., M.Kep **

Nanang Legawa Subagya., SKM., S.Kep ***

Abstrak

Fraktur merupakan suatu kondisi terputusnya kontinuitas jaringan tulang, retak atau patahnya tulang yang utuh yang disebabkan oleh tekanan fisik. Fraktur cruris (tibia-fibula) merupakan salah satu kasus kegawatan, dimana pada awal akan memberikan implikasi pada berbagai masalah keperawatan pada pasien, meliputi respon nyeri hebat akibat diskontinuitas jaringan tulang, resiko tinggi perdarahan intra operasi, resiko tinggi infeksi port de entree luka operasi dan resiko jatuh post operasi. Tujuan umum penulisan ini adalah untuk mengetahui gambaran penatalaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan close fraktur cruris (tibia-fibula) 1/3 distal dextra. Penulisan karya tulis ilmiah ini mengambil kasus di Instalasi Bedah Sentral RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada tanggal 4 Juli 2012. Metode yang diambil adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi documenter dan studi kepustakaan. Kesimpulan dari karya tulis ilmiah ini close fraktur cruris merupakan salah satu kasus kegawatan dimana apabila tidak segera ditangani dapat menimbulkan kecacatan. Nyeri akut, resiko tinggi infeksi, resiko tinggi perdarahan intra operasi dan resiko jatuh post operasi merupakan prioritas permasalahan keperawatan yang memerlukan perhatian khusus perawat dalam penanganannya.

Kata kunci : Fraktur, Cruris, nyeri, resiko infeksi, resiko perdarahan.

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y DENGAN CLOSE FRAKTUR CRURIS
(TIBIA-FIBULA) 1/3 DISTAL DEXTRA DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL
RSUD Dr. MOEWARDI SURAKARTA**

Abstraction

Fracture is continuity condition of bone tissue breakdown, cracked or broken bone caused by intact physical pressure. Cruris fracture (tibia-fibula) is one of the gravity of the case, which in the beginning would have implications on the patient's nursing problems, including severe pain response of bone tissue due to a discontinuity, a high risk of bleeding intra-operation, a high risk of wound infection entree de port operations and post operative risk of falling. The general objective of this paper is to describe the management of nursing care to clients with close fracture cruris (tibia-fibula) 1/3 distal dextra. Writing scientific papers in the case mengabil Installation Central Surgical Hospital Dr. Moewardi Surakarta on July 4, 2012. The method is taken interviews, observation, physical examination, documentary studies and literature study. The conclusions of this scientific paper close cruris fracture is one in which the gravity of the case if not addressed promptly can lead to disability. Acute pain, increased risk of infection, increased risk of bleeding intra-operation and postoperative risk of falls is a priority nursing problems that require special attention in handling nursing.

Keywords: Fracture, cruris, pain, risk of infection, the risk of bleeding.

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang umumnya disebabkan oleh tekanan atau rudapaksa. Fraktur dibagi atas fraktur terbuka yaitu jika patahan tulang itu menembus kulit sehingga berhubungan dengan udara luar dan fraktur tertutup yaitu jika fragmen tulang tidak berhubungan dengan dunia luar.

Berdasarkan data yang penyusun dapatkan dari RSUD Dr.Moewardi Surakarta, jumlah klien dengan gangguan sistem muskuloskeletal terutama penderita Fraktur di ruang Instalasi bedah Sentral (IBS) yaitu pada bulan Juli-September 2012 terdapat 179 kasus, dimana dari 116 kasus (64,81%) terjadi pada pria dan 63 kasus (35,19%) terjadi pada wanita. Sedangkan, pada fraktur cruris terdapat 18 orang (15,51%) laki-laki serta 6 orang (9,52%) perempuan.

Berdasarkan data di atas penyusun merasa tertarik untuk mengangkat permasalahan fraktur dan menyusun laporan kasus tentang asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan gangguan sistem muskuloskeletal : Close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra di ruang Instalasi bedah Sentral (IBS) RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang dan data yang diperoleh tentang penyakit Close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra, maka penulis tertarik untuk membahas asuhan keperawatan tentang Close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada kasus Close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra di ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS) dengan melakukan proses pendekatan keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Memberikan pengalaman yang nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra di Ruang Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Dr. Moewardi Surakarta meliputi:

- Penulis dapat mengetahui gambaran pengkajian keperawatan pada pasien dengan Close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra.
- Mengetahui gambaran rumusan diagnosa keperawatan pada Close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra.
- Mengetahui gambaran intervensi keperawatan pada pasien dengan Close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra.
- Mengetahui gambaran implementasi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat pada pasien dengan Close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra.
- Mengetahui gambaran evaluasi hasil pada pasien dengan Close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra.

D. Manfaat

1. Bagi penulis

Meneliti atau melatih penulisan KTI tentang perawatan pasien di rumah perawatan yang baik dan benar sesuai dengan askep pada pasien stroke Sakit terutama di ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS).

2. Bagi Pasien
Dapat menjalani perawatan yang baik dan benar sesuai dengan askep pada pasien fraktur cruris.
3. Bagi Rumah Sakit Umum Dr. Moewardi Surakarta
Untuk menambah pengetahuan dan pemahaman secara umum dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra di Instalasi Bedah Sentral (IBS) di Rumah Sakit Umum Dr. Moewardi Surakarta.
4. Bagi profesi keperawatan
Untuk menambah wacana dan pengetahuan tentang perkembangan ilmu keperawatan, terutama kajian asuhan keperawatan pada pasien close Fraktur Cruris (tibia fibula) 1/3 distal dextra.

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Fraktur cruris adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, terjadi pada tulang fibia dan fibula. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya. (Muttaqin, 2008).

B. Etiologi

Menurut Reksoprodjo, 2010 :

1. Trauma
Trauma langsung : benturan pada tulang secara langsung dan mengakibatkan terjadi fraktur di tempat itu. Trauma tidak langsung : titik tumpu benturan dengan terjadinya fraktur berjauhan.
2. Fraktur patalogis disebabkan karena proses penyakit seperti osteoporosis, kanker tulang dll.
3. Degenerasi
Terjadi kemunduran patologis dari jaringan itu sendiri/usia lanjut.

4. Spontan
Terjadi tarikan otot yang sangat kuat seperti olah raga.

C. Manifestasi Klinis

Menurut Lewis, 2005 :

1. Nyeri sebagai akibat dari peningkatan tekanan saraf sensorik karena pergerakan fragmen tulang.
2. Pembengkakan dan perubahan warna local pada kulit terjadi akibat trauma daari perdarahan ke jaringan sekitarnya.
3. Deformitas karena adanya pergeseran fragmen tulang yang patah pada eksremitas.
4. Krepitasi, krepitasi teraba akibat gesekan antar fragmen satu dengan yang lainnya.

D. Diagnosa Keperawatan dan Intervensi Keperawatan

1. Pre Operasi, menurut Nanda (2009) :
 - a. Nyeri akut b.d fraktur tulang kerusakan jaringan tulang, spasme otot, edema, kerusakan jaringan lunak.
 - b. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri/ketidaknyamanan, kerusakan musculoskeletal, terapi pembatasan aktivitas dan penurunan kekuatan atau tahanan. (Nanda, 2009).
 - c. Resiko tinggi kerusakan intergritas kulit jaringan b.d imobilisasi, penurunan sirkulasi fraktur terbuka. (Nanda, 2009).
 - d. Resiko infeksi b.d ketidaknyamanan pertahanan primer, kerusakan kulit, trauma jaringan dan peningkatan paparan lingkungan. (Nanda, 2009).
 - e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan adanya nyeri dan peradangan. (Nanda, 2009).
 - f. Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan

- tentang prosedur dan tindakan operasi.
2. Intra Operasi
 - a. Resiko perlukaan/injuri b.d tindakan anestasi.
 - b. Resiko tinggi infeksi b.d port de entree (Luka Operasi).
 - c. Risiko perdarahan b.d rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah) (carpenito, 2007).
 3. Post Operasi
 - a. Nyeri b.d prosedur pembedahan.
 - b. Potesial perubahan perfusi jaringan b.d pemasangan balutan.
 - c. Gangguan mobilitas fisik b.d prosedur pembedahan, alat imobilitas (bidai, traksi, gips).
 - d. Kerusakan integritas kulit b.d luka operasi.

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan serta menggunakan rancangan penulisan secara diskriptif. Dengan alasan rancangan ini mempunyai kelebihan yakni mampu memaparkan secara jelas dan terinci sehingga pembaca mampu untuk memahami isi dari karya tulis ilmiah ini.

B. Tempat Dan Waktu

Tempat penelitian adalah di ruang IBS (Instalasi Bedah Sentral) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Waktu pelaksanaan studi kasus pada tanggal 4 Juli 2012 jam 10.00-12.30 wib.

C. Langkah-Langkah

Langkah –langkah dalam penyusunan karya tulis ilmiah sebagai berikut:

1. Melakukan pengkajian awal pada pasien dari mulai identitas pasien, riwayat kesehatan yang

- lalu, riwayat kesehatan sekarang dan keluarga. Kemudian melakukan pemeriksaan fisik pada pasien (head to toe).
2. Menganalisis hasil pemeriksaan penunjang yang telah di lakukan.
3. Menentukan data fokus serta membuat analisa data yang di dapatkan dari pasien.
4. Menegakkan diagnosa keperawatan dari data fokus.
5. Membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan kasus.
6. Melakukan implementasi dan evaluasi tindakan keperawatan.
7. Mendokumentasikan hasil implementasi pada lembar asuhan keperawatan pasien.

D. Tehnik Pengambilan Data

Adapun teknik pengumpulan data dengan cara sebagai berikut:

- a. Interview/wawancara
Yaitu pengumpulan data dengan menggunakan komunikasi langsung dengan keluarga. Interview dengan pasien hanya dapat dilakukan pada saat pre operasi dan post operasi dikarenakan keadaan umum klien yang tidak mendukung. Interview dengan keluarga meliputi: biodata, riwayat kesehatan klien, data biologi, psikologi sosial dan spiritual.
- b. Observasi
Yaitu pengamatan langsung pada klien yang meliputi, keadaan umum atau gejala yang timbul pada klien yang terdiri dari tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik.
- c. Studi Dokumenter
Yaitu pengumpulan data dan mempelajari catatan medik keperawatan dan hasil pemeriksaan penunjang untuk mengetahui perkembangan keadaan klien.

d. Pemeriksaan Fisik

Yaitu melakukan pemeriksaan fisik klien untuk menentukan masalah kesehatan klien, pemeriksaan fisik ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, di antaranya: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi.

E. Analisa data

Dalam penelitian ini peneliti menganalisa data dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber yaitu wawancara dan pengamatan, maka langkah berikutnya adalah mengadakan reduksi data dari hasil pengkajian yang kemudian akan dibandingkan antara teori dengan kenyataan yang ada pada asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan close fraktur cruris (tibia-fibula) 1/3 distal dextra di ruang instalasi bedah sentral di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

F. Keabsahan Data

Untuk menghindari kesalahan atau kekeliruan data yang telah terkumpul, perlu dilakukan pengecekan data. Pengecekan keabsahan data berdasarkan pada criteria derajat kepercayaan (crebility) dengan teknik triangulasi, ketekunan pengamatan, pengecekan teman sejawat.

G. Etika

Masalah etika dalam keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam sebuah penulisan karya ilmiah, mengingat penulisan asuhan keperawatan ini langsung berkaitan dengan klien, maka segi etika penulisan harus diperhatikan karena klien mempunyai hak asasi dalam kegiatan penulisan.

Masalah etika keperawatan menurut Arikunto (2006) meliputi:

1. *Anonymity* (tanpa nama)

Dalam penulisan asuhan keperawatan, penulis tidak menuliskan nama pasien secara lengkap akan tetapi hanya menuliskan inisial namanya saja.

2. Kerahasiaan.

Untuk menjamin kerahasiaan dari hasil penulisan asuhan keperawatan klien, baik informasi maupun masalah lainnya. Semua informasi di jamin oleh penulis, hanya hasil yang berkaitan dengan bidang tertentu yang akan di laporkan pada hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah.

GAMBARAN KASUS

A. Gambaran Kasus

Klien bernama Tn. Y dengan umur 58 tahun, jenis kelamin Pria, dengan pendidikan SD, klien beragama Islam, bersuku Jawa dengan status sudah menikah, alamat Sragen. Klien masuk rumah sakit melalui IGD pada tanggal 2 Juli 2012 jam 16.30 WIB dengan diagnosa medis Close Fraktur Cruris (tibia-fibula) 1/3 distal dextra. Penanggung jawab klien adalah anak yang berumur 36 tahun yang tinggal serumah dengan klien.

Keluhan utama adalah nyeri pada kaki sebelah kanan jika digerakkan, skala nyeri 7. Riwayat penyakit sekarang keluhan utama / alasan masuk rumah sakit klien mengatakan masuk rumah sakit pada tanggal 2 Juli 2012. Klien mengalami kecelakaan lalu lintas jatuh dari motor ketika dibonceng anaknya, kemudian klien langsung dibawa ke Puskesmas terdekat dan setelah dilakukan pemeriksaan penunjang klien disarankan untuk dirujuk ke RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Riwayat penyakit dahulu didapatkan dari hasil pengkajian

keluarga keluarga klien mengatakan klien tidak pernah mengalami penyakit asma, hipertensi dan diabetes mellitus.

Ekstremitas Atas : tidak ada kelainan pada kedua tangan, tidak terdapat lesi, pada tangan kanan terpasang infus RL % 20 tetes /menit, turgor kulit elastis, kapilary reffil <2 detik, tidak ada edema, dapat bergerak bebas. Bawah : pergerakan kaki kiri baik, tidak terdapat lesi dan edema. Kaki kanan pergerakan terbatas karena mengalami fraktur cruris, bengkak, terpasang spalk dari metatarsal sampai patela.

B. Analisa Data

1. Pre operasi

Pada tanggal 4 Juli 2012 didapatkan data fokus sebagai berikut data subyektif :-, data obyektif : nyeri tekan pada kaki sebelah kanan, kaki terasa nyeri saat digerakkan, ekspresi wajah tampak meringis menahan nyeri jika kaki kanannya digerakkan TD : 130/90mmHg, N : 91x/menit, S : 36 ,RR : 21 x/menit, Hb: 11,4 gr/dl (14,0-18,0) dengan masalah keperawatan nyeri akut dengan etiologi terputusnya kontinuitas tulang cruris (tibia fibula).

2. Intra operasi

Data subyektif : -, data obyektif : tampak kaki kanan dilakukan tindakan pembedahan, luka insisi sepanjang 15 cm, kaki kanan tampak bengkak, tanda-tanda vital TD : 126/87 mm/hg, N: 86 x/menit, RR : 21 x/menit, masalah keperawatan risiko tinggi infeksi dengan port de entree (luka operasi).

Data subyektif :-, data obyektif : adanya luka insisi sepanjang 15 cm, perdarahan ± 150 cc, asisten melakukan suction pada area perdarahan dan melakukan koaguler elektrik pada daerah luka operasi dan mengedep darah yang keluar dari

luka operasi dengan masalah keperawatan risiko perdarahan dengan etiologi rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah).

3. Post operasi

Data subyektif :-, data obyektif klien post operasi dengan tindakan SAB (spinal Anestesi), tiduran saat dipindahkan, kaki belum dapat digerakan, kaki kanan terbalut tensocrape , klien tersebut memiliki masalah keperawatan resiko tinggi jatuh dengan etiologi pemindahan pasien dengan kelemahan pergerakan efek spinal anestesi.

C. Diagnosa Keperawatan

Dari uraian analisa diatas dapat disimpulkan diagnosa keperawatan yang muncul pada asuhan keperawatan Tn. Y dengan close fraktur cruris 1/3 distal dextra antara lain : nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas tulang cruris (tibia fibula), resiko tinggi infeksi berhubungan dengan port de entree (luka operasi), resiko perdarahan berhubungan dengan rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah) dan resiko tinggi jatuh b.d pemindahan pasien dengan kelemahan pergerakan efek spinal anestesi.

D. Rencana Keperawatan

1. Pre Operasi

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas tulang cruris (tibia fibula). Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang, kriteria hasil : klien menyatakan nyeri berkurang, skala nyeri berkurang atau hilang (skala 0), ekspresi wajah tampak rileks dan tenang, tanda-tanda vital dalam batas normal, rencana keperawatan : kaji derajat nyeri, intensitas, durasi, ukur tanda-tanda vital, gunakan teknik komunikasi terapeutik,

ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, atur posisi klien elevasi.

2. Intra Operasi

Diagnosa keperawatan risiko tinggi infeksi berhubungan dengan port de entree (luka operasi). Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan masalah resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria : bengkak di kaki sebelah kanan mulai berkurang sampai dengan hilang, kulit disekitar balutan perban elastic tidak tampak kemerahan dan bersih, tanda vital dalam batas normal, TD = 120/80 mmHg, S = 36°C, N = 70-75 x/menit, P = 15- 20 x/menit, hasil lab dalam batas normal :Leukosit : 4500-11000 Mg/dl, rencana keperawatan : kaji tanda vital secara teratur (perhatikan peningkatan suhu tubuh), inspeksi kulit dengan adanya tanda infeksi (merah, edema, nyeri meningkat), kaji sisi pen (alat fiksasi externa), perhatikan keluhan peningkatan nyeri/rasa terbakar dan adanya edema, berikan perawatan pen (alat fiksasi dengan steril/sesuai prosedur dan cuci tangan), observasi keadaan luka operasi terhadap pembentukan bula, krepitasi, perubahan warna kulit, dan bau drainase yang tidak sedap, observasi keluhan nyeri yang tiba-tiba atau mendadak, pemberian antibiotik IV.

Diagnosa keperawatan risiko perdarahan berhubungan dengan rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah). Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan masalah resiko perdarahan tidak terjadi, kriteria hasil : tidak terjadi perdarahan, TTV dalam batas normal dengan rencana keperawatan : lakukan koaguler elektrik pada luka pembedahan, lakukan depers pada daerah luka pembedahan, monitor

perdarahan pada daerah pembedahan setelah dilakukan insisi, ingatkan operator dan asisten bila terjadi perdarahan hebat, monitor vital sign, monitor cairan.

3. Post Operasi

Diagnosa keperawatan risiko tinggi jatuh b.d pemindahan pasien dengan kelemahan pergerakan efek spinal anestesi. Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan resiko jatuh tidak terjadi, kriteria hasil: tidak terjadi abserasi kulit karena pemindahan pasien, pasien dapat dipindahkan dengan aman dan nyaman dengan rencana keperawatan perhatikan posisi pasien, dekatkan bed di samping pasien, kolaborasi dengan 2-3 perawat yang ada, angkat pasien secara bersamaan, berikan penyangga di tempat tidur pasien.

E. Implementasi Keperawatan

1. Pre Operasi

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas tulang cruris (tibia fibula) telah dilakukan implementasi : pukul 10.00 menggunakan komunikasi terapeutik, yaitu memperkenalkan diri dan memberi salam kepada klien, pukul 10.03 mengkaji tingkat intensitas, durasi dan daerah nyeri klien, pukul 10.05 mengatur posisi klien senyaman mungkin atau posisi elevasi, pukul 10.07 mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, klien mengatakan kakinya masih terasa nyeri, P : nyeri saat digerakan, Q : senut-senut, R : nyeri pada kaki sebelah kanan, S : Skala 7, T : hilang tibul, ekspresi wajah tampak masih tegang, nyeri gerak masih ada saat kaki sebelah kanan digerakkan, nyeri tekan masih ada. Masalah nyeri akut teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan : kaji intensitas dan skala nyeri klien.

2. Intra operasi

Pada diagnosa keperawatan resiko tinggi infeksi berhubungan dengan port de entree (luka operasi), telah dilakukan implementasi : 10. 35 mengobservasi keadaan klien, pukul 10.40 mempertahankan teknik aseptik dengan memakai masker, cuci tangan, pukul 10.43 mengobservasi keadaan luka operasi, pukul 10.45 menginspeksi kulit dengan adanya tanda infeksi (merah, edema, nyeri meningkat), pukul 10.55 mengkaji sisi pen (alat fiksasi externa). Masalah resiko tinggi infeksi berhubungan dengan port de entree (luka operasi), teratasi sebagian, lanjutkan intervensi berikan informasi tentang perawatan luka post operasi.

Pada diagnosa keperawatan resiko perdarahan berhubungan dengan rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah) telah dilakukan implementasi : pukul 10.30 melakukan koaguler elektrik pada luka pembedahan, pukul 10.34 monitor perdarahan pada daerah pembedahan selama operasi, pukul 10.40 manajemen terjadinya perdarahan, pukul 10.50 monitor vital sign. Masalah resiko perdarahan berhubungan dengan proses pembedahan teratasi sebagian, lanjutkan intervensi berikan informasi tentang perawatan luka post operasi.

3. Post operasi

Pada diagnosa keperawatan resiko tinggi jatuh b.d pemindahan pasien dengan kelemahan pergerakan efek spinal anestesi, telah dilakukan implementasi : pukul 11.05 memperhatikan posisi pasien, pukul 11.10 mendekatkan bed di samping pasien, pukul 11.13 berkolaborasi dengan 2-3 perawat yang ada, pukul 11.15 mengangkat pasien secara bersamaan, pukul 11.16 memberikan penyangga di tempat tidur pasien, pukul 11.20 memonitor tanda-tanda vital. Masalah resiko

tinggi cedera b.d proses pemindahan brankart sudah teratasi, hentikan intervensi.

F. Evaluasi

1. Pre operasi

Hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas tulang cruris (tibia fibula), antara lain : S : Klien mengatakan kakinya masih terasa nyeri, P : nyeri saat digerakan, Q : senut-senut, R : nyeri pada kaki sebelah kanan, S : Skala 7, T : terus menerus, O : ekspresi wajah tampak masih tegang, nyeri gerak masih ada saat kaki sebelah kanan digerakkan, nyeri tekan masih ada nyaman Aessment : Masalah nyeri akut teratasi sebagian Planning : lanjutkan intervensi : Kaji intensitas dan skala nyeri klien, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, berikan posisi yang nyaman/elevasi.

2. Intra operasi

Hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan resiko tinggi infeksi berhubungan dengan port de entree (luka operasi) antara lain : S:-, O: terdapat luka insisi operasi 15 cm, selama proses pembedahan tidak terkontaminasi/kontak langsung dengan bahan yang tidak steril. Assesment : masalah resiko tinggi infeksi teratasi sebagian, planning : Lanjutkan intervensi : lihat tanda-tanda atau munculnya infeksi setelah 2x24 jam, kaji tanda-tanda infeksi 2x24 jam.

Hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan resiko tinggi perdarahan berhubungan dengan rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah), antara lain : S : -, O : TD : 126/87 mm/hg, N: 86 x/menit, RR : 21 x/menit. Aessment : masalah resiko perdarahan teratasi sebagian Planing : monitor perdarahan, berikan informasi tentang perawatan luka post op.

4. Post operasi

Hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan resiko tinggi jatuh berhubungan dengan pemindahan pasien dengan kelemahan pergerakan efek spinal anestesi antara lain : S : -, O : pasien kesadaran compos mentis, gerakan terkontrol, tanda-tanda vital, Nadi : 88x/menit, RR 20x/menit, S:36,7⁰ C, assesment: masalah resiko tinggi jatuh teratasi, planning : lanjutkan intervensi : pertahankan kondisi yang aman sampai ada serah terima dengan perawat ruangan.

PEMBAHASAN

1. Diagnosa Masalah Keperawatan:
 - a) Diagnosa keperawatan pre operasi nyeri akut berhubungan dengan kontinuitas tulang cruris (tibia-fibula). Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data subyektif klien mengatakan nyeri pada kaki kanan dengan kriteria nyeri, P: nyeri karena fraktur cruris, Q: senut-senut, R: kaki kanan, S: 7,T: terus menerus. Sedangkan data obyektifnya: ekspresi wajah klien tampak meringis menahan nyeri, klien tampak menahan rasa sakit, klien tampak berhati-hati saat bergerak, TD: 130/90, N: 91x/menit, RR: 21 x/menit.
 - b) Diagnosa keperawatan intra operasi resiko tinggi infeksi berhubungan dengan port de entree (luka operasi). Diagnosa ini ditegakkan karena adanya luka operasi Fraktur Cruris sehingga luka dengan tindakan pembedahan rentan terhadap terjadinya infeksi apabila kurang menjaga kebersihan luka saat dilakukan operasi. Resiko perdarahan berhubungan dengan rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah) (Jong, 2010). Hal ini sesuai dengan teori bahwa saat akan dilakukan operasi, pembiusan dilakukan dengan spinal anestesi, tanda-

tanda vital TD: 127/90 mmHg, Nadi : 86x/menit, RR : 22x/menit, dilakukan tindakan ORIF cruris. Sayatan dilakukan di area kaki kanan, dapat diambil diagnosa resiko perdarahan berhubungan dengan rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah).

Untuk diagnosa post operasi ditemukan diagnosa resiko tinggi jatuh b.d pemindahan pasien dengan kelemahan pergerakan efek spinal anestesi.

2. Perencanaan

Untuk masalah keperawatan pre operasi nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas tulang cruris (tibia fibula), penulis mengkaji derajat nyeri, intensitas, durasi dan letak nyeri, mengukur tanda-tanda vital, menggunakan teknik komunikasi terapeutik, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam. (Doengoes, 2010).

Masalah dari diagnosa keperawatan intra operasi resiko tinggi infeksi berhubungan dengan port de entree (luka operasi), penulis mempertahankan teknik aseptik dengan memakai masker, pelindung kepala, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak langsung dengan pasien, mengkaji tanda vital secara teratur (perhatikan peningkatan suhu tubuh), menginspeksi kulit dengan adanya tanda infeksi (merah, edema, nyeri meningkat), kaji sisi pen (alat fiksasi externa), memberikan perawatan pen (alat fiksasi dengan steril / sesuai prosedur dan cuci tangan), mengobservasi keadaan luka operasi. Untuk mengatasi masalah dari diagnosa keperawatan resiko perdarahan berhubungan dengan rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah) penulis melakukan koaguler elektrik pada daerah pembedahan, melakukan depers jika darah keluar pada daerah pembedahan, monitor

perdarahan setelah dilakukan insisi, mengingatkan operator dan asisten bila terjadi perdarahan hebat, monitor vital sign, dan monitor cairan.

Untuk mengatasi masalah dari diagnosa keperawatan post operasi resiko tinggi jatuh b.d pemindahan pasien dengan kelemahan pergerakan efek spinal anestesi, penulis memperhatikan posisi pasien, mendekatkan bed di samping pasien, melindungi organ vital pasien, berkolaborasi dengan 2-3 perawat yang ada, mengangkat pasien secara bersamaan, memberikan penyangga di tempat tidur pasien.

3. Pelaksanaan

a. Untuk Diagnosa keperawatan pre operasi nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas tulang cruris (tibia fibula) implementasinya mengukur tanda vital. Respon hasil setelah dilakukan pengukuran tanda vital yaitu TD: 130/90 mm/hg, N: 91x/menit, RR: 21 x/menit. Mengkaji karakteristik nyeri hasilnya klien mengatakan nyeri pada kaki kanan, P: fraktur cruris, Q : senut-senut, R: kaki kanan, S: 7, T: terus menerus. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Setelah mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam hasil respon klien mengatakan bersedia mempraktekannya, klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah relaksasi nafas dalam, klien terlihat lebih rileks. Hal ini terbukti relaksasi nafas dalam dapat mengurangi rasa nyeri.

b. Untuk diagnosa keperawatan intra operasi risiko tinggi infeksi berhubungan dengan port de entree (luka operasi), implementasinya mempertahankan teknik

aseptik dengan memakai masker, cuci tangan, mengobservasi keadaan luka operasi, hasilnya terdapat luka operasi fraktur cruris, luka operasi terbalut dengan tensocrape mengobservasi tanda dan gejala infeksi pada luka operasi, suhu tubuh: 36 C. Resiko perdarahan berhubungan dengan rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah) implementasinya melakukan koaguler elektrik pada daerah pembedahan, monitor perdarahan pada daerah pembedahan selama operasi, mengukur tanda-tanda vital (untuk mengetahui tanda-tanda syok sedini mungkin). Setelah dilakukan implementasi tersebut respon hasilnya adalah TD: 127/90 mmHg, Nadi 86x/menit, RR 22x/menit, memonitor perdarahan, hasilnya perdarahan 150 cc. Masalah resiko perdarahan teratasi, intervensi dilanjutkan dengan berikan informasi tentang perawatan luka post op. Untuk diagnosa keperawatan post operasi resiko tinggi jatuh b.d pemindahan pasien dengan kelemahan pergerakan efek spinal anestesi masalah sudah teratasi, klien terlihat masih lemah, klien tergantung total, sendi masih lemah, ekstremitas bawah sebelah kanan tidak bisa digerakkan, tanda-tanda vital : Nadi : 88x/menit, RR 20x/menit, S:36,7⁰ C. Lanjutkan intervensi dengan awasi dan observasi keadaan klien.

4. Evaluasi

Untuk diagnosa pre operasi, yaitu diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas tulang cruris (tibia fibula), masalah

keperawatan nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas tulang cruris (tibia fibula) teratasi sebagian. Hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan intra operasi yaitu risiko tinggi infeksi berhubungan dengan port de entree (luka operasi), masalah keperawatan risiko tinggi infeksi teratasi sebagian. Risiko perdarahan berhubungan dengan rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah), masalah keperawatan risiko perdarahan sudah teratasi. Hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan post operasi risiko tinggi jatuh b.d pemindahan pasien dengan kelemahan pergerakan efek spinal anestesi, masalah keperawatan risiko tinggi jatuh b.d pemindahan pasien dengan kelemahan pergerakan efek spinal anestesi sudah teratasi.

6. Dokumentasi

Melakukan dokumentasi pada lembar asuhan keperawatan pasien terhadap data yang didapat, intervensi dan implementasi yang sudah dilakukan serta evaluasi dari hasil implementasi sudah ditulis dengan sistematika yang benar oleh perawat.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

(a) Pada saat pengkajian terjadi kerjasama antara klien dengan penulis sehingga mampu mengumpulkan data dan menemukan masalah keperawatan, data yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik secara langsung kepada klien. Diagnosa keperawatan yang diangkat oleh penulis untuk klien dengan gangguan sistem Muskuloskeletal Fraktur Cruris antara lain : nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas tulang cruris (tibia fibula), risiko tinggi

infeksi berhubungan dengan port de entree (luka operasi), risiko perdarahan berhubungan dengan rusaknya vaskulerisasi (pembuluh darah) dan risiko tinggi jatuh b.d pemindahan pasien dengan kelemahan pergerakan efek spinal anestesi.

- (b) Perencanaan yang dibuat untuk menyelesaikan masalah klien berdasarkan diagnosa keperawatan sesuai dengan kondisi klien, pelaksanaan tindakan dan evaluasi dapat dilakukan karena adanya kerja sama antara klien dengan perawat dan dokter.
- (c) Pelaksanaan keperawatan pada klien dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang timbul, tetapi tidak semua diagnosa keperawatan secara teoritis dilakukan implementasi.
- (d) Evaluasi keperawatan selama di ruang Instalasi Bedah Sentral tidak serta merta bisa dilihat di kamar operasi dan tidak sepenuhnya bisa dilakukan di kamar operasi karena waktu terbatas.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai informasi untuk pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan untuk masa yang akan datang serta referensi untuk penelitian ilmiah selanjutnya.

2. Bagi Perawat

Dalam mempersiapkan pasien yang akan dilakukan operasi sebaiknya semua persiapan pre operasi benar-benar dipersiapkan secara maksimal, guna mencegah terjadinya komplikasi pembedahan.

3. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit sebaiknya menyediakan atau memberikan fasilitas alat-alat pelaksana tindakan keperawatan. Kerjasama team bedah perlu ditingkatkan guna tercapainya model praktek

keperawatan professional di ruang IBS, pasien atau keluarga pasien yang sudah di operasi sebaiknya diberi pendidikan kesehatan terkait dengan perawatan post operasi.

4. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa yang sedang praktek, gunakan kesempatan ini sebaik mungkin untuk mengetahui sisi baik, buruk dari segi sosial dan juga dari segi pendidikan keperawatan hingga lebih berpengalaman dalam bidang keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayudianningsih. 2009. *Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Femur Di Rumah Sakit Karima Utama Surakarta*. Skripsi. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Anika, dkk. 2011. *Bleeding and First year mortality following Hip Fracture Surgery And Preoperative Use Of Low Dose Acetylsalicylic Acid.An Observational Cohort Study*. HMC Muskuloskeletal Disorders.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Bina aksara.
- Carpenito, Lynda Juall.2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*, edisi 10. Jakarta:EGC.
- Doenges, M E dkk (2010) . *Nursing Care Plan Guidelines for individualizing Client Care Across The Life Span.Edition 8*. Philadhelpia:F.A. Davis Company.
- Elizabeth J. Corwin (2001) . *Buku Saku Patofisiologi* . Jakarta : EGC.
- Grace, P.A.2007. *Ilmu Bedah Edisi 3*. Jakarta: Erlangga.
- Jong, D. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah*.Edisi 3: Jakarta: EGC.
- Kwekeboom, dkk. 2006. *Systematic Review of relaxation for Pain*. Proquest.
- Lewis. 2005. *Medical Surgical Nursing Assesesment and Management of Clinical problems*. Australia:Elsevier.
- Long C, Barbara (2002), *Perawatan Medikal Bedah,Jilid 2*, Bandung, Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Pajajaran.
- Muttaqin.A. & Sari. K. 2008. *Asuhan keperawatan perioperatif, Konsep, Proses dan Aplikasi*. Jakarta. Salemba Medika.
- NANDA (Nursing Diagnosis and Clasification) 2009-2011. *Diagnosa Keperawatan Definisi Dan Klasifikasi*, Jakarta: EGC.
- Reksoprodjo.S. 2010. *Kumpulan Kuliah Ilmu Bedah. Bagian Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran UI*: Jakarta.
- Shakur, dkk. 2010. *ect of Tranexamic Acid ! Death Vasculer Occlusive Events and blood Transfution In Trauma Patient With Significant Haemorrhage (CRASH-2), A Randomised, Plasebo-Controlled Trial 2*. Dipublikasikan dalam the luncet.
-
- * **Cahyani Tri Puspitasari:** Mahasiswa Keperawatan S-1 Fakultas Ilmu Kesehatan, UMS.
- ** **Abi Muchlisin., SKM., M.Kep.:** Dosen Keperawatan FIK UMS. Jl. A. Yani Tromol Post 1 Kartasura
- *** **Nanang Legawa Subagya., SKM., S.Kep**
-