

### **BAB III**

#### **ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **3.1 PENGKAJIAN PRE OPERATIF**

##### **Identitas Klien**

Nama : Tn.J No. RM : 08.08.10  
Umur : 31 tahun Tgl. MRS : 23 September 2019  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Suku/Bangsa : Jawa  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Wirausaha  
Pendidikan : SLTA  
Gol. Darah : A  
Alamat : Tanjung Agung, Tanjung Karang Timur  
Tanggungans : BPJS  
Diagnosa : Mall Union Fraktur Tibia

##### **A. Riwayat Praoperatif**

1. Pasien mulai dirawat tanggal :23 September 2019 pukul : 09.00

Ruang :Mawar

2. Ringkasan hasil anamnese preoperatif :

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 September 2019 Pukul 09.00 WIB Klien mengeluh nyeri pada kaki kiri. Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat benda tajam, dirasakan pada area tungkai kiri dengan skala nyeri 4. Nyeri bertambah saat klien terlalu lama berdiri dan berkurang saat istirahat. Tampak ada bekas luka operasi ORIF pada tulang tibia dan tampak bengkok cembung. Klien mengatakan mengalami fraktur pada tahun 2014 dan sudah dilakukan operasi ORIF pada tahun 2014

### 3. Hasil pemeriksaan fisik

a. Tanda- tanda vital, Tanggal : 24 September 2019 Jam : 09.30

Kesadaran : Composmetis GCS : 15 ( E4,V5,M6) Orientasi : Baik

Suhu : 36,4°C Tensi : 130/90 mmHg Nadi : 92 x/ Menit RR : 24 x/ Menit

#### b. Pemeriksaan Fisik

Kepala & Leher :

Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelainan bentuk pada kepala. Leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada distensi vena jugularis.

Thorax (jantung & paru) :

Bentuk simetris antara dada kiri dan dada kanan, tidak ada lesi dan tidak ada benjolan, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan, benjolan, dan tidak ditemukan krepitasi. Suara perkusi paru sonor pada semua lapang paru dan suara perkusi jantung redup. Suara auskultasi paru Vesikuler dan suara auskultasi jantung terdengar suara lup dub tanpa ada suara tambahan

Abdomen :

Bentuk simetris antara kiri dan kanan tidak ada lesi dan tidak ada benjolan saat dipalpasi tidak ditemukan nyeri tekan dan suara perkusi timpani pada kuadran 2 dan redup pada kuadran 1,3, dan kuadran 4. Saat dilakukan auskultasi terdengar suara bising usus 10 x/menit.

Ekstremitas (atas dan bawah) :

Ekstremitas atas simetris antara kiri dan kanan, tidak ada deformitas dan kekakuan sendi, tidak ada kelainan rentang gerak

Ekstremitas bawah, tidak ada deformitas dan tidak ada kekakuan sendi pada kaki kanan, tidak ada kelainan rentang gerak pada kaki kanan dan kiri. Pada kaki kiri terdapat pemendekan dan terjadi bengkok pada tulang tibia yang mencembung kedepan. Ditemukan luka post operasi lebih kurang 20 cm dan terdapat luka disekitarnya.

Genetalia & Rectun :

Tidak dilakukan pemeriksaan rektum dan genetalia.

Pemeriksaan lain (spesifik) :

Pada kaki sebelah kiri terdapat luka gangren yang menghitam dan terdapat pembengkakan pada tulang yang mencembung kedepan.

4. Pemeriksaan Penunjang :

a. ECG tidak dilakukan

b. X- Ray Tgl : 23 September 2019 Jam : 11.00 WIB

Hasil : Mall Union Fraktur Tibia Sinestra

c. Hasil laboratorium, September 2019 Jam : 11.00 WIB

Hasil

Tabel 3.1

HB	13 g/dl
Leukosit	6500
LED	11
Trombosit	261.000
Hematokrit	38%
CT	8 menit
BT	2 menit
GDS	101 mg/dl

d. Pemeriksaan lain: tidak dilakukan

Gambar 3.1



Skala Nyeri menurut VAS ( Visual Analog Scale )

## 5. Prosedur khusus sebelum pembedahan

Tabel 3.2

No	Prosedur	Ya	Tdk	Waktu	Keterangan
1	Tindakan persiapan psikologis pasien	√			
2	Lembar informed consent	√			Sudah disetujui
3	Puasa	√			Sudah Dilakukan
4	Pembersihan kulit (pencukuran rambut)	√			Sudah dibersihkan Diruang rawat
5	Pembersihan saluran pencernaan (lavement / Obat pencahar)		√		Sudah dilakukan tapi tidak menggunakan obat
6	Pengosongan kandung kemih	√			Sudah dilakukan
7	Transfusi darah		√		Disiapkan
8	Terapi cairan infus	√			Sudah dilakukan
9	Penyimpanan perhiasan, asesoris, kacamata, anggota tubuh palsu		√		Sudah disimpan pihak keluarga
10	Memakai baju khusus operasi	√			Sudah dilakukan dari ruang persiapan

6. Pemberian obat-obatan :

tidak ada Obat Premedikasi

Pasien dikirim ke ruang operasi:

Tanggal : 24 September 2019 Jam : 09.00 WIB kondisi :Sadar

Ket : Pasien diantar oleh perawat dan keluarganya menuju ke ruang persiapan operasi

### 3.2 INTRA OPERATIF

1. Tanda- tanda vital, Tanggal : 24 September 2019 Jam : 09.45 WIB  
Suhu : 36,4°C Tensi : 130/90 mmHg Nadi : 92 x/ Menit RR : 24 x/ Menit
2. Posisi pasien di meja operasi :Supinasi
3. Jenis operasi :  Mayor  Minor  
Nama operasi : *AFF Plate & Screw*  
Area / bagian tubuh yang dibedah : Tibia Sinestra
4. Tenaga medis dan perawat di ruang operasi :  
Dokter anestesi : Dr. T asisten : Ny. H  
Dokter bedah : Dr. F asisten : Tn. P  
Perawat Instrumentator : Tn. R  
Perawat Sirkuler : Tn. G  
Lainnya :

Tabel 3.3

SURGICAL PATIENT SAFETY CHEKLIST		
SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
<p>Pasien telah dikonfirmasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identitas pasien</li> <li>✓ Prosedur</li> <li>✓ Sisi operasi sudah benar</li> <li>✓ Persetujuan untuk operasi telah diberikan</li> <li>✓ Sisi yang akan dioperasi telah ditandai</li> <li>✓ Ceklist keamanan anestesi telah dilengkapi</li> <li>✓ Oksimeter pulse pada pasien berfungsi</li> </ul> <p>Apakah pasien memiliki alergi ?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Apakah risiko kesulitan jalan nafas / aspirasi ?</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ya, telah disiapkan peralatan</p> <p>Risiko kehilangan darah &gt; 500 ml pada orang dewasa atau &gt; 7 ml/kg BB pada anak-anak</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing.</li> <li>✓ Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal.</li> </ul> <p>Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit :</p> <p>Tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Operasi yang benar</li> <li>✓ Pada pasien yang benar.</li> <li>✓ Antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.</li> </ul>	<p>Melakukan pengecekan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prosedur sdh dicatat</li> <li>✓ Kelengkapan spons</li> <li>✓ Penghitungan instrumen</li> <li>✓ Pemberian lab PI pada spesimen</li> <li>✓ Kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani.</li> <li>✓ Tim bedah membuat perencanaan post operasi sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi</li> </ul>

## 5. Pemberian obat anestesi:Spinal

Tabel 3.4

Tgl / jam	Nama Obat	Dosis	Rute
24 September 2019	Quanocain Spinal Heavy	15 ml	Lumbal 4 & 6

## 6.Tahap – tahap / kronologis pembedahan :

Tabel 3.5

Waktu/tahap	Kegiatan
09.30	Sign In
09.35	Cuci tangan Steril
09.40	Gowning dan Gloving
	Desinfeksi
	Draping
10.00	Time out
	Menandai daerah sayatan
	Melakukan sayatan pada kulit sampai otot
	Mempertahankan homeostasis
	Membersihkan area fraktur
	Melepas plate & screw
	Mengambil sample untuk kultur jaringan
	Mencuci daerah operasi
10.50	Sign Out
	Menghitung alat dan kassa
	Hecting otot
	Hecting subkutis
	Hecting kulit
	Desinfeksi
11.10	Balut luka

7. Tindakan bantuan yang diberikan selama pembedahan

√ Pemberian oksigen

Pemberian suction

Resusitasi jantung

Pemasangan drain

Pemasangan intubasi

Transfusi darah

Lain – lain: tidak ada bantuan khusus dan yang diberikan

8. Pembedahan berlangsung selama 1 (satu) jam 30 menit

Operasi dilakukan mulai pukul 09.35 WIB sampai 11.10 WIB

9. Komplikasi dini setelah pembedahan (saat pasien masih berada di ruang operasi)

Tidak ada komplikasi saat dilakukan pembedahan

### 3.3 POST OPERATIF

1. Pasien pindah ke : Ruang Pemulihan

Pindah ke PACU/ICU/PICU/NICU, jam 11.15 WIB

2. Keluhan saat di RR/PACU :

Klien tidak ada keluhan. Airway dan breathing tidak ada masalah. Sirkulasi dalam batas normal

3. Air Way :

Suara nafas normal, tidak ada sumbatan jalan nafas

4. Breathing :

RR: 20 x/menit. Terpasang O2 nasal kanul 2 L/menit. Tidak ditemukan alat bantu nafas saat bernafas

5. Sirkulasi :

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

CRT : 2 detik



## 6. Observasi Recovery Room

**ALDRETE SCORING ( DEWASA )**

Tabel 3.6

NO	KRITERIA	SCORE	SCORE
1.	WarnaKulit		
	Kemerahan / normal	2	2
	Pucat	1	
	Cianosis	0	
2.	AktifitasMotorik		
	Gerak 4 anggotatubuh	2	1
	Gerak 2 anggotatubuh	1	
	Tidakadagerakan	0	
3.	Pernafasan		
	Nafasdalam, batukdantangiskuat	2	2
	Nafasdangkaldanadekuat	1	
	Apnea ataunafastidakadekuat	0	
4.	TekananDarah		
	± 20 mmHg dari pre operasi	2	2
	20 – 50 mmHg dari pre operasi	1	
	- + 50 mmHg dari pre operasi	0	
5.	Kesadaran		
	Sadar penuh mudah dipanggil	2	0
	Bangun jika dipanggil	1	
	Tidak ada respon	0	

**KETERANGAN**

- Pasien dapat dipindah kebangsal, jika score minimal 8
- Pasien dipindahke ICU, jika score < 8 setelah dirawat selama 2 jam

7. Keadaan Umum :  Baik                       Sedang       Sakit berat

## 8. Tanda Vital

Suhu    : 36,4<sup>o</sup> C

Frekuensi nadi                                : 80 x/menit

Frekuensi napas : 20 x/menit  
 Tekanan darah : 110/80 mmHg  
 Saturasi O2 : 99 %

9. Kesadaran :  CM  Apatis  Somnolen

└ Soporosis  Coma

10. Balance cairan

Tabel 3.7

Pukul	Intake	Jml (cc)	Output	Jml (cc)
11.10	Oral	-	Urine	750 cc
WIB	Enteral	-	Muntah	-
	<input checked="" type="checkbox"/> Parenteral	1000 cc	IWL	35,6 cc
	...		Darah	200 cc
	Jumlah	1000 cc	Jumlah	985,6 cc

$$\begin{aligned}
 \text{IWL} &= 15 \times \text{BB} / 24 \text{ jam} \\
 &= 15 \times 57 / 24 \text{ jam} \\
 &= 855 \text{ cc} / 24 \text{ jam} \\
 &= 35,6 / \text{jam}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \text{Balance Cairan} &= \text{intake} - \text{output} \\
 &= 1000\text{cc} - 985,6\text{cc} \\
 &= 14,4 \text{ cc}
 \end{aligned}$$

### Pengobatan

Pengobatan dari rekomendasi dokter

Ceftriaxone : Intravena 1 g/8 jam

Ranitidine : Intravena 50 mg/8jam

Ketorolax : Driff Infus 30 mg/8jam

### Catatan penting lain

Pasien dianjurkan bedrest sampai pukul 12.00 WIB besok ( 25 September 2019) dengan posisi kepala lebih tinggi, boleh miring kanan dan kiri dengan catatan kepala tetap harus lebih tinggi.

Diperbolehkan minum sedikit demi sedikit dan Diit yang dianjurkan yaitu bubur.

## 4. Survey Sekunder, lakukan secara head to toe secara prioritas:

Tabel 3.8

	Normal		Jika tidak normal, jelaskan
	YA	TIDAK	
Kepala	√		
Leher	√		
Dada	√		
Abdomen	√		
Genitalia	√		
Integumen		√	Terdapat luka operasi kurang lebih 20 cm pada tungkai kiri
Ekstremitas		√	Terdapat pembengkokan pada tulang tibia sinestra, bengkok mencembung kedepan dan terdapat luka gangren.



Skala Nyeri menurut VAS ( Visual Analog Scale ). Gambar 3.2

## 3.4 ANALISA DATA

Tabel 3.9

Data Subyektif & Obyektif	Masalah Keperawatan	Etiologi
<b>Pre Operasi</b>		
DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengeluh nyeri pada kaki kiri.</li> <li>• Nyeri dirasakan seperti disayat benda tajam.</li> <li>• Nyeri dirasakan diarea tulang tibia</li> </ul>	Nyeri	Mall union fraktur tibia

<p>dengan skala nyeri 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri bertambah berat saat berdiri lama dan berkurang saat istirahat</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak memegang kaki kiri</li> <li>• Hasil rontgen : mall union fraktur tibia</li> <li>• Pada kaki kiri terdapat pemendekan dan terjadi bengkok bada tulang tibia yang mencembung kedepan.</li> <li>• Terdapat luka post operasi</li> </ul>		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan takut untuk operasi</li> <li>• Pasien mengatakan takut operasi nya gagal</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak cemas</li> <li>• Pasien tampak gelisah</li> <li>• Pasien tampak banyak bertanya tentang tindakan operasi</li> <li>• TD : 130/90 mmhg</li> <li>• N : 92x/menit</li> <li>• Suhu 36,4C</li> <li>• RR : 24 x/menit</li> </ul>	<p>Ansietas</p>	<p>Prosedur tindakan pembedahan</p>
<p><b>Intra Operasi</b></p>		

DS :- DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu ruangan 26,8%</li> <li>• TD 110/90 Mmhg</li> <li>• Suhu 35,8 C</li> <li>• Nadi 95 x/menit</li> <li>• Bibir pucat</li> <li>• akral dingin</li> </ul>	Resiko Hipotermi	Suhu lingkungan rendah
<b>Post Operasi</b>		
DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan dingin</li> <li>• Klien mengatakan kedua kaki belum bisa di angkat</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu ruangan 26,8%</li> <li>• TD 110/90 Mmhg</li> <li>• Suhu 35,8 C</li> <li>• Nadi 95 x/menit</li> <li>• Bibir pucat</li> <li>• akral dingin</li> </ul>	Resiko Hipotermi	Suhu lingkungan rendah

### 3.5 DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri berhubungan dengan mall union fraktur tibia
2. Ansietas berhubungan dengan prosedur tindakan operasi
3. Resiko hipotermi berhubungan dengan suhu lingkungan rendah
4. Resiko hipotermi berhubungan dengan suhu lingkungan rendah

### 3.6 INTERVENSI, IMPLEMENTASI, DAN EVALUASI

Tabel 3.10

No	Diagnosa	Tujuan	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri berhubungan dengan mall union fraktur tibia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri berkurang atau hilang</li> <li>• Klien tampak tenang</li> <li>• Skala nyeri 2-3 atau 0</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur TTV</li> <li>2. Mengkaji nyeri</li> <li>3. Mengkaji respon klien terhadap nyeri</li> <li>4. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>5. Berkolaborasi dengan perugas medis dalam mengatasi nyeri klien.</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih merasakan nyeri namun sedikit berkurang dengan skala nyeri 3</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak tenang</li> <li>• TD 110/80 mmhg</li> <li>• N : 80 x/m</li> <li>• RR : 20 x/m</li> <li>• S : 36,2 x/m</li> </ul> <p>A: Masalah Nyeri Teratasi Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>
2.	Ansietas b.d prosedur tindakan operasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ansietas hilang dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• TTV dalam batas normal</li> </ul> <p>Pasien siap menjalani operasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda ansietas</li> <li>2. Memonitor TTV</li> <li>3. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>4. Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>5. Menganjurkan</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan semoga operasinya berjalan dengan lancar</li> <li>• Pasien mengatakan lebih paham mengenai tindakan operasi</li> <li>• Pasien mengatakan siap di operasi</li> </ul> <p>O:</p>

			<p>pasien mengungkapkan apa ang dirasakan</p> <p>6. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>7. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>8. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pasien tampak lebih tenang</li> <li>● Pasien tampak banyak berdoa dari pada bertanya</li> <li>● TD 110/80 mmhg</li> <li>● N : 80 x/m</li> <li>● RR : 20 x/m</li> <li>● S : 36,2 x/m</li> </ul> <p>A: Masalah ansietas teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi (pasien dipindahkan ke kamar operasi)</p>
3.	Resiko hipotermi berhubungan dengan suhu lingkungan rendah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermi tidak terjadi dengan kriteria hasil : -Suhu tubuh dalam batas normal hangat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. MemonitorTTV</li> <li>2. Pantau tanda-tanda hipotermi</li> <li>3. Menyelimuti pasien dengan selimut hangat</li> <li>4. Memantau suhu ruangan</li> </ol>	<p>S:-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Suhu ruangan 26,8 C</li> <li>● TD 110/90 MmHg</li> <li>● RR 26X/ menit</li> <li>● Suhu 36 C</li> <li>● Nadi 90 x/menit</li> <li>● Akral hangat</li> <li>● Suhu ruangan 24 C</li> <li>● CRT 3 detik</li> </ul> <p>A : Masalah resiko hipotermi tidak terjadi</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p>
4.	Resiko hipotermi	Setelah	1. MemonitorTTV	S:

	berhubungan dengan suhu lingkungan rendah	dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermi tidak terjadi dengan kriteria hasil : -Suhu tubuh dalam batas normal hangat	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pantau tanda-tanda hipotermi</li> <li>3. Menyelimuti pasien dengan selimut hangat</li> <li>4. Memantau suhu ruangan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih kedinginan</li> <li>• Klien mengatakan kakinya belum bisa digerakkan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu ruangan 26,8 C</li> <li>• TD 110/90 Mmhg</li> <li>• RR 26X/ menit</li> <li>• Suhu 36 C</li> <li>• Nadi 90 x/menit</li> <li>• Pasien terpasang selimut</li> <li>• Akral hangat</li> <li>• CRT 3 detik</li> </ul> <p>A : Masalah resiko hipotermi tidak terjadi</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p>
--	---	--	--	---