KARYA TULIS IMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN DIAGOSA MEDIS POST OP FRAKTUR HUMERUS DEXTRA DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN

Oleh:
MELANIA KUNDRE
NIM. 1501043

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2020

KARYA TULIS IMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN DIAGOSA MEDIS POST OP FRAKTUR HUMERUS DEXTRA DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN

Sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Oleh:
MELANIA KUNDRE
NIM. 1501043

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2020

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Melania Kundre

NIM : 1501043

Tempat Tanggal Lahir : Bomaki, 30 Desember 1997

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmia berjudul : "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST OP FRAKTUR HUMERUS DEXTRA DI RUANG MELATI* RSUD BANGIL PASURUAN** " adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, Juni 2020

Yang Menyatakan

Melania Kundre

NIM. 1501043

Mengatuhi

Pembimbing 1	Pembimbing 2
Elok Triestuning, S.Psi., M.Si	**Marlita Dewi Lestari, S.Kep., M.Kes**
NIDN. 0728018003	NIDN. 0709038372

LEMBAR PERSUTUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Melania Kundre

Judul : Asuahan Keperawatan Pada Tn.R Dengan Diagnosa Medis Post Op Fraktur Humerus Dextra Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasurun

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah

_____ 2019

Oleh :

Pembimbing 1	Pembimbing 2
Elok Triestuning, S.Psi., M.Si	**Marlita Dewi Lestari, S.Kep., M.Kes**
NIDN. 0728018003	NIDN. 0709038372

Mengetahui

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA SIDOARJO

Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Pengujin pada sidang di Program D3 Keperawtan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : Juni 2020

TIM PENGUJI

		Tanda Tangan
Ketua	: Agus Sulistyowati, S.Kep, M.Kes	( )
Anggota	: Marlita Dewi Lestari, S.Kep., M.Kes	( )
	: Elok Triestuning, S.Psi., M.Si	( )

Mengetahui

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA SIDOARJO

Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

KATA PENGANTAR

Syukur Puji Tuhan Penulis panjatkan Kehadirat Tuhan YME yang telah melimpahkan rahmat, anugerah serta berkatnya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST OP FRAKTUR HUMERUS DEXTRA DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN*"** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan YME yang telah memberikan kesehatan sehingga bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Orang Tua yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ns. Agus Sulistyowati, S.Kep, M.Kes, selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia.
4. Elok Triestuning, S.Kep., M.Si selaku Pembimbing 1 dalam pembuatan. Karya Tulis Ilmiah
5. Marlita Dewi Lestari, S.Kep. Ns., M.Kes selaku Pembimbing 2 dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah
6. Hj. Muniroh Mursan, Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam literatur yang dibutuhkan.
7. Pihak – pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak disebutkan satu-persatu.

   Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mecapai kesempurnaan, sebagai

bekal perbaikan. Penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan prposal ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca dan keperawatan.

Sidoarjo, Agustus 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan ..... **i**

Lembar Judul ..... **ii**

Lembar Pernyataan ..... **iii**

Lembar Pengesahan ..... **iv**

Halaman Pengesahan ..... **v**

Kata Pengantar ..... **vi**

Daftar Isi ..... **vii**

Daftar Tabel ..... **viii**

Daftar Gambar ..... **ix**

Daftar Lampiran ..... **x**

BAB 1 PENDAHULUAN 1

1.1 Latar BelakanG **1**

1.2 Rumusan Masalah..... **4**

1.3 Tujuan Penelitian **4**

1.4 Manfaat Penelitian **5**

1.5 Metode Penulisan **7**

1.5.1 Metode **7**

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data **7**

1.5.3 Sumber Data **8**

1.5.4 Studi Kepustakaan **8**

1.6 Sistematika Penulisan **8**

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA **10**

2.1 Konsep Dasar Post Op Fraktur Humerus **10**

2.1.1 Definisi **10**

2.1.2 Klasifikasi Fraktur **10**

2.1.3 Manifestasi Klinis **12**

2.1.4 Faktor Yang Mempengaruhi **13**

2.1.5 Tahap Penyembuhan **13**

2.1.6 Komplikasi Fraktur **14**

2.1.7 Pemerikasaan Penunjang **17**

2.1.8 Penatalaksanaan Medis **18**

2.1.9 Dampak Masalah **18**

2.2 Asuhan Keperawatan **20**

2.2.1 Pengkajian **20**

2.2.2 Diagnosa Keperawatan **26**

2.2.3 Intervensi Keperawatan **26**

2.2.4 Implentasi **29**

2.2.5 Evaluasi **30**

2.3 Kerangka Masalah **32**

BAB 3 TINJAUAN KASUS **33**

3.1 Pengkajian **33**

3.2 Analisa Data **47**

3.3 Diagnosa Keperawatan **50**

3.4 Intervensi Keperawatan **51**

3.5 Implementasi Keperawatan **53**

3.6 Catatan Perkemangan **56**

3.7 Evaluasi **60**

BAB 4 PEMBAHASAN **61**

4.1 Pengkajian **61**

4.2 Diagnosa Keperawatan **67**

4.3 Perencanaan **68**

4.4 Pelaksanaan **70**

4.5 Evaluasi **71**

BAB 5 PENUTUP..... **73**

5.1 Simpulan **73**

5.2 Saran **75**

DAFTAR PUSTAKA **77**

LAMPIRAN .....

DAFTAR TABEL

No Tabel **Judul Tabel** **Hal**

2.1. Nyeri berhubungan dengan luka pasca oprasi **50**

2.2. Hambata Mobilitas fisik berhubungan dengan adanya pembedahan fasciotomi **50**

2.3 Analisa Data pada pasien post op fraktur humerus **47**

2.4 Rencana tindakan keperawatan post op fraktur humerus **51**

2.5 Implementasi keperawatan post op fraktur humerus **53**

2.6 Catatan perkembangan post op fraktur humerus **56**

2.7 Evaluasi keperawatan post op fraktur humerus **60**

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	Kerangka Masalah	**32**
Gambar 2.2	Genogram	**35**

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran **Judul Lampiran** **Hal**

Lampiran 1 Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus **78**
Lampiran 2 Informed Consent **79**
Lampiran 3 Lembar Konsultasi **80**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur humerus adalah patah tulang merupakan suatu keadaan dimana terputusnya kontiunitas tulang rawan yang diakibatkan karena adanya rudapaksa. (Mansjoer, 2008). Semakin padatnya aktivitas dan untuk mengejar perkembangan jaman, manusia tidak akan lepas dari fungsi muskoluskoletal trauma tulang yang menjadi alat gerak utama manusia, tulang membentuk rangka penunjang dan pelindung bagian tubuh serta melekatnya otot – otot yang menggerakan kerangka tubuh. Seiring dengan meningkatnya mobilitas dan jarak tempuh, manusia merupakan alat bantu kendaraan untuk mobilitas mereka. Semakin banyaknya kendaraan bermotor maka insiden kecelakaan sangat tinggi. Insiden kecelakaan dapat menjadi penyebab terjadinya fraktur, baik kecelakaan kerja maupun kecelakaan lalu lintas (Mansjoer, 2008). Kecelakaan lalu lintas sering terjadi pada usia remaja sehingga beresiko lebih besar untuk terjadi kecelakaan (Lukman, 2009).

Kejadian fraktur di indonesia sekitar 1,3 juta jiwa setiap tahun dengan jumblah penduduk 238 juta, angka tersebut merupakan angka terbesar di Asia Tenggara (Lukman, 2009). WHO (Badan Keselamatan Dunia) mencatat, terdapat lebi 1 ' juta orang meninggal karena insiden kecelakaan dan sekitar 2 juta orang mengalami kecacatan fisik. Data dari Riset Kesehatan Dasar 2007 di indonesia terjadi kasus fraktur yang disebabkan oleh cederah antara lain karena jauh, kecelakaan lalu lintas dan trauma benda tajam ataupun tumpul. Dari 45.987 peristiwa terjatuh yang mengalami fraktur sebanyak 1.775 orang (3,8%), dari 20.829 kasus kecelakaan lalu lintas, yang mengalami fraktur sebanyak1.770 orang (8,5%), dari 14.127 trauma benda tajam atau tumpul, yang mengalami fraktur sebanyak 236 orang (1,7%). Di Provinsi Jawa Timur tahun 2007 didapatkan sekitar 2.700 orang mengalami insiden fraktur. 56% penderita mengalami kecacatan fisik, 24% mengalami kematian, 15% mengalami gangguan psikologis atau depresi terhadap adanya kejadian fraktur. Dengan demikian angka kejadian fraktur yang berada di RSUD Bangil Pasuruan sekitar 533 orang dari bulan januari-juni 2017 selama 6 bulan terakhir dengan para penderita fraktur (Lukman, 2009).

Fraktur merupakan ancaman potensial atau aktual kepada integritas jaringan tubuh manusia. Seseorang akan mengalami gangguan fisiologi maupun psikologi yang dapat menimbulkan respon berupa gangguan rasa nyaman nyeri. Nyeri tersebut memperlihat ketidaknyamanan secara verbal maupun nonverbal. Respon seseorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh emosi, tingkat kesadaran, latar belakang budaya, pengalaman masa lalu tentang nyeri, dan pemahaman seseorang tentang nyeri. Nyeri dapat juga mengganggu kemampuan seseorang untuk beristirahat, berkonsentrasi, dan kegiatan lain yang bisa dilakukan. Perubahan citra tubuh sangat mungkin terjadi, stressor pada tiap perubahan adalah perubahan ukuran tubuh, berat badan yang turun akibat penyakit, perubahan bentuk tubuh, perubahan struktur sama dengan perubahan bentuk tubuh disertai dengan pemasangan alat didalam tubuh, keterbatasan gerak, makan, kegiatan, penampilan dan cara merias diri berubah (Harnawanita, 2008).

Untuk mencegah terjadinya fraktur dapat dilakukan dengan upaya menghindari terjadinya trauma benturan, terjatuh atau kecelakaan lainnya. Dalam melakukan aktifitas yang berat atau mobilisasi yang cepat dilakukan dengan cara hati-hati, memperhatikan pedoman keselamatan dengan memakai alat pelindung diri. Upaya rehabilitatif yang dapat dilakukan oleh

perawat adalah dengan melakukan tindakan berupa memasang traksi untuk penarikan pada bagian tubuh yang dilakukan dengan memberikan beban yang cukup untuk mengatasi penarikan otot dan gips untuk mengimobilisasikan tulang yang patah agar tidak bergeser dan terjadi keparahan yang lebih lanjut. Pada fase post op upaya yang dilakukan perawat pada area yang mengalami fraktur dapat mengajarkan dalam menggunakan alat bantu seperti menggunakan tongkat atau krek untuk menompang dan menyeimbangkan bagian tubuh pasien dalam pembentukan tulang dan kekuatannya perlu nutrisi yang adekuat seperti kalsium, fosfat, vitamin D dan protein untuk produksi tulang yang baru (Kamarudin, 2012)

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini, maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan fraktur humerus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post op fraktur humerus di RSUD Bangil Pasuruan?”.

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post op fraktur humerus di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1 Mengkaji klien dengan diagnosa post op fraktur humerus di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.2 Merumuskan diagnoa keperatwatan pada klien dengan diagnosa post op fraktur humerus di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post op fraktur humerus di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.4 Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa post op fraktur humerus di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.5 Mengevaluasi klien dengan diagnosa post op fraktur humerus di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien diagnoa post op fraktur humerus RSUD Bangil Pasuruan

1.4 Manfaat Penelitian

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1.4.1 Secara akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbagan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien dengan kasus post op fraktur humerus.

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan kasus post op fraktur humerus dengan baik.

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien dengan kasus post op fraktur humerus.

1.4.2.3 Bagi profesi keseahatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan kasus post op fraktur humerus.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan pada klien.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi periksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang penegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien .

1.5.3.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1.6.1.1 Bagian awal, membuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.1.2 Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus.

Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa fraktur serta kerangka masalah.

Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, pencernaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.1.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dalam asuhan keperawtan fraktus. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara menanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit fraktur dengan melalkukan asuhan keperawatan terdiri dari prngkajian, diagnosa, perencanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Fraktur adalah hilangnya kontiunitas tulang. Collum humerus adalah area atas tulang humerus. Post operasi berasal dari kata post yang berarti setelah dan operasi yang berarti membedah. Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitartulang akan menentukan apakah fraktur fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Nurarif, 2015). Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontunitas jaringan tulang rawan yang umumnya yang disebabkan oleh rudapaksa (Lukman, 2009).

2.1.2 Klasifikasi Fraktur

Berdasarkan nurarif (2015), fraktur dapat diklasifikasikan berdasarkan etiologis, klinis, dan radiologis. Berikut klasifikasi yang dimaksudkan :

2.1.2.1 Klasifikasi fraktur berdasarkan radiologis

1) Fraktur *traumatic* terjadi cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang secara spontan dan trauma akibat kecelakaan bermotor cedera tidak langsung berarti pukulan jauh dari lokasi benturan misalnya jatuh dengan tangan berjulur dan terkena benturan yang sangat keras bisa mengakibatkan fraktur.

2) Fraktur patologis terjadi pada tulang karena penyakit yang menyebabkan kelemahan pada tulang dan dapat terjadi secara spontan atau akibat trauma.

3). Fraktur stres terjadi karena adanya stres yang kecil dan berulang-ulang pada daerah tulang yang menopang berat badan.

2.1.2.2 Klasifikasi fraktur berdasarkan klinis

1) Fraktur tertutup, bila tidak terdapat hubungan antara frakmen tulang dan dunia luar.

2) Fraktur terbuka, bila terdapat hubungan antara frekmen tulang dan dunia luar.

3) Fraktur dengan komplikasi, misal *mal-union, delayed, union, naunion* dan infeksi tulang.

2.1.2.3 Klasifikasi fraktur berdasarkan radiologis

1) Lokasi : diafisial, metafisal, intra-artikuler, fraktur dengan dislokasi.

2) Konfigurasi : fraktur transfersal, fraktur oblik, fraktur spiral, fraktur segmental, fraktur komunitif (lebih dari deaffragmen), fraktur baji biasa pada vertebra karena trauma, fraktur *avulse*, fraktur depresi, fraktur pecah, fraktur epifisis.

3) Menurut ekstensi : fraktur total, fraktur tidak total, fraktur *buckle* atau *trous*, fraktur garis rambut, fraktur *green stick.*

4) Menurut hubungan antara fregmen dengan fregmen lainnya : tidak bergeser bergeser (bersampingan, angulasi, rotasi, distraksi, *over riding*, impaksi)

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut Nurif (2015), tanda dan gejala dari fraktur, antara lain :

2.1.3.1 Tidak dapat menggunakan anggota gerak.

2.1.3.2 Nyeri pembengkakan.

2.1.3.3 Terdapat trauma (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian atau jatuh dari kamar mandi pada orang tua, penganiayaan, tertimpa benda berat, kecelakaan kerja, trauma olahraga).

2.1.3.4 Gangguan fungsio anggota gerak.

2.1.3.5 Deformitas, mengalami perubahan bentuk pada daerah fraktur.

2.1.3.6 Kelainan gerak.

2.1.3.7 Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada daerah fraktur.

2.1.3.6 Kelainan gerak.

2.1.3.7 Pembengkakan dan perubahan warnalokal pada sebuah fraktur.

2.1.3.8 Krepitas atau datang dengan gejala-gejala lain.

2.1.4 Faktor Yang Mempengruhi Fraktur

2.1.4.1 Faktor Ekstrinsik

Adanya tekanan dari luar yang bereaksi pada tulang yang bergantung pada besar, waktu, arah dan tekanan yang dapat menyebabkan fraktur.

2.1.4.2 Faktor Intrinsik

Beberapa sifat terpenting dari tulang yang menentukan daya tahan akan timbulnya fraktur kapasitas absorbs dari tekanan, elastisitas, kelelahan, dan kepala tulang (*Word Healthorganization*[WHO], 2012).

2.1.5 Tahap Penyembuhan Tulang

Ada lima stadium penyembuhan tulang, yaitu:

2.1.5.1 Tahap Pembentuhan Hematoma

Dalam 24 jam pertama mulai terbentuk bekuan darah dan fibrin yang masuk kearea fratur. Suplai darah meningkat, terbentuklah hematom yang berkembang menjadi jaringan granulasi sampai hari kelima.

2.1.5.2 Tahap Proliferasi Seluler

Dalam waktu sekitar 5 hari, hematom akan mengalami organisasi. Terbentuknya benang-benang fibrin dalam jendalan darah, membentuk jaringan untuk revaskularisasi dan invasi fibroblast dan osteoblast yang akan menghailkan kolagen dan proteoglikan sebagai matriks kolagen pada patahan tulang. Terbentuk jaringan ikatfibrus dan tulang rawan.

2.1.5.3 Tahap Pembentukan Kallus

Pertumbuhan jaringan berlanjut dan lingkarang tulang rawan tumbuh mencapai sisi lain sampai celah terhubungkan. Fregmen patahan tulang digabungkan dengan jaringan fibrus, tulang rawan dan tulang seritimatur. Perlu waktu 3-4 minggu agar fregmen tulang tergabung dalam tulang atau jaringan fibrus.

2.1.5.4 Tahap Osifikasi

Pembentukan kallus mulai mengalami penulangan dalam 2-3 minggu patah tulang mulai proses penulangan endokondrial. Mineral terus menerus ditimbun sampai tulang benar-benar bersatu. Proses ini memerlukan waktu 3-4 bulan.

2.1.5.5 Konsolusidasi (6-8 bulan) dan Remodeling (6-12 bulan)

Tahap akhir dari perbaikan patah tulang. Dengan aktifitas osteoblas dan osteoclas, kalus mengalami pembntukan tulang sesuai aslinya (Prasetya, 2012).

2.1.6 Komplikasi Fraktur

2.1.6.1 Komplikasi Awal

Berdasarkan brunner dan suddatrh (2002), beberapa komplikasi awal yang dapat terjadi pada kondisi fraktur, atara lain :

1) Kerusakan arteri

Pecahnya arteri karena trauma di tantandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, hematom yang lebar, perubahan posisi pada yang sakit.

2) *Compartment syndrome*

Komplikasi serius yang terjadi karena terjebakanya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan perut. Ini di sebabkan karena odema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah. Selain itu karena tekanan dari luar sepertogips dan pembabatan yang terlalu kuat juga dapat mengakibatkan *Compartment syndrome.*

3) *Fat Embolism Syndrome (FES)*

FES adalah komplikasi serius yang sering terjadi pada fraktur panjang. *FES* terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan ole bone marrow kuning masuk ke dalam aliran darah yang menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah yang ditandai dengan gangguan pernafasan, takikardi, hipertensi, takipnea, dan demam.

4) Infeksi

Sistem pertahanan tubuh rusak apa bila terjadi trauma pada jaringan. Pada trauma, infeksi dimulai pada kulit dan masuk kedalam. Ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena pengguanaan bahan lain dalam pembedahan.

5) *Avaskuler Nekrosis*

AVN terjadi karena aliran darah ke tulang terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang yang diawali dengan adanya *volkam's ischemis.*

6) *Shock*

Shock terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi.

2.1.6.2 Komplikasi Dalam Waktu Lama

Berdasarkaan komplikasi dalam waktu lama yang dapat terjadi pada fraktur, antara lain (Brunner dan Suddarth,2020).

1) *Delayed union*

Delayed union merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini dikarenakan untuk menurunnya suplai darah ke tulang.

2) *Nonunion*

Kegagalan tulang berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat, dan stabil setelah 6-9 bulan. Ditandai dengan ada adanya pergerakan yang berlebih pada sisi fraktur yang membentuk sendi palsu atau pseudoartrosis. Ini juga disebabkan karena menurunnya suplai darah ke tulang.

3) *Malunion*

Penyembuhan tulang ditandai dengan meningkatnya tingkat kekuatan dan perubahan bentuk. Maunion dilakukan dengan pembedahan.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pada klien fraktur pemeriksaan yang dilakukan adalah sebagai berikut :

2.1.7.1 *X-ray* menentukan lokasi/luas fraktur

2.1.7.2 Scan tulang memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

2.1.7.3 Arteogram : dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.

2.1.7.4 Hitung darah lengkap : hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan; peningkatan lekosit sebagai respon terhadap peradangan.

2.1.7.5 Kretinin : trauma otot meningkat beban kretinin untuk klirens ginjal.

2.1.7.6 Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi atau cederah hati (Nurarif dan Kusuma, 2015).

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Prinsip penanganan fraktur meliputi :

2.1.8.1 Reduksi

Reduksi berarti mengembalikan fregmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, mengembalikan fregmen tulang keposisinya (ujung – ujung saling berhubungan) dengan manipulasi transaksi manual. Alat yang digunakan biasanya traksi, badai dn alat yang lainnya. Reduksi terbuka, dengan pendekatan bedah. Alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, dan paku.

2.1.8.2 Imobilisasi

Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode ekterna dan interna mempertahan kan dan mengembalikan fingsi status neurovaskuler selalu di pantau meliputi peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan. Perkiraan waktu imobilisasi yang dibutukan untuk penyatuan tulang yang mengalami fraktu adalah sekitar 3 bilan (Nurarif, 2015).

2.1.9 Dampak Masalah

2.1.9.1 Terhadap Klien

1) Biologis

Pada klien fraktur ini terjadi perubahan pada bagian tubuhnya yang terkena trauma, peningkatan metabolisme karena di gunakan untuk penyembuhan tulang, terjadi perubahan asupan nutrisi melebihi kebutuhan biasanya terutama kalsium dan zat besi.

2) Psikologis

Klien akan merasa cemas yang diakibatkan oleh rasa nyeri dari fraktur, perubahan gaya hidup, kehilangan peran baik dlam keluarga maupun dalam masyarakat, dampak dari hospitalisasi rawat inap dan harus beradaptasi dengan lingkungan yang baru serta tua kuatnya terjadi kecacatan pada dirinya.

3) Sosiologi

Klien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena harus menjalani perawatan yang waktunya tidak akan sebentar dan juga perasaan akan ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan seperti kebutuhannya sendiri seperti biasanya.

4) Spiritual

Klien akan mengalami gangguan spritual sesuai dengan keyakinannya baik dalam jumblah ataupun dalam beribadah yang diakibatkan karena rasa nyeri dan ketidakmampuannya.

2.1.9.2 Terhadap Keluarga

Masalah yang timbul pada keluarga dengan salah satu anggota kelluarganya terkena fraktur adalah timbulnya kecemasan pada keadaan klien, apakah nanti akan timbul kecacatan atau akan sembuh total. Koping yang tidak efektif bisa di tempuh keluarga, untuk itu peran perawat disini sangat vitaldala memberikan penjelasan terhadap keluarga. Selai itu,

keluarga harus bisa menanggung semua biaya perawatan dan oprasi klien. Hal ini tentunya menambah beban bagi keluarga (Syamsul, 2014).

Masalah – masalah diatas timbul saat klien masuk rumah sakit, sedang masalh juga bisa timbul disaat klien pulang dan tentunya keluarga harus bia merawat, memenuhi kebutuhan klien. Hal ini tentunya menambah beban bagi keluarga dan bisa menimbulkan konflik dalam keluarga.

2.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

2.2.1.1 Pengumpulan data

1) Identitas Klien

Pada umumnya jenis kelamin laki-laki dengan usia 20-40 tahun rentan terjadi fraktur, pekerjaan juga menjadi pengaruh utama pada fraktur mengingat fraktur paling sering disebabkan karena kecelakaan.

2) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama kasus post op fraktur humerus adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tegantung dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan.

1) Provoking Incident : fraktor presipitasi nyeri.

2) Quality of pain : nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Seperti terbakar, berdenyut atau menusuk.

3) Region : radiaton, relief: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan di mana rasa sakit terjadi.

4) Saverti (Scale) of pain : seberapa jau rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan beberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

5) Time : lama nyeri berlangsung. (Ignatavicius, Donna D, 1995)

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mna yang terkena. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan bisa diketahui luka kecelakaan yang lain.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkjian ini ditemukan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit

– penyakit tentu seperti kanker tulang dan pnyakit paget's yang menyebabkan fraktur patologis byang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka dikaki sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat prose penyembuhan tulang.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik.

2.2.1.2 Pemeriksaan Fisik

Periksaan fisik pada pasien dengan post op fraktur humerus

1) keadaan umum

Keadaan baik dan buruknya klien, tanda-tanda yang perlu dicatat adalah kesadaran klien.

2) B1 (Breathing)

Pada pemeriksaan sistem pernapasan, didapatkan bahwa klien fraktur humerus tidak mengalami kelainan pernafasan.

3) B2 (Blood)

Inpeksi tidak ada iktus jantung, palpasi nadi meningkat, ikut teraba, auskultasi suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada mur-mur.

4) B3 (Brain)

a) Kepala

tidak ada gangguan yaitu normal sefalik, simetris, tidak ada penonjolin dan tidak ada sakit kepala.

b) Leher

Tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan dan refleks menelan ada.

c) Wajah

Wajah terlihat menahan sakit dan bagian wajah yang lain tidak ada perubahan fungsi dan bentuk simetris, tidak ada lesi dan edema.

d) Mata

Tidak ada gangguan seperti konjungtiva tidak anemis.

e) Telinga

Tes bisik atau Weber masi dalam kedaan normal. Tidak ada lesi atau nyeri tekan.

f) Hidung

Tudak ada deformitas, tidak ada pemasangan cuping hidung.

g) Mulut dan Faring

Tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

5) B4 (Bladder)

Kaji urine yang meliputi warna, jumah dan karakteristik urine, termasuk berat jenis urine. Tetapi biasanya tidak mengalami gangguan.

6) B5 (Bowel)

Inspeksi abdomen bentuk datar, simetris, tidak ada hernia. Palpasi turgo kulit baik, tidak ada defans muskular dan hepar teraba. Perkusi suara timpani ada pantulan gelombang cairan. Auskultasi peristaltik usus normal kurang lebih 20x/menit.

7) B6 (Bone)

Adanya fraktur humerus akan menglami secara lokal, baik fungsi motorik, sensorik maupun peredaran darah.

a) Inpeksi

- Perhatikan adanya pembekakan yang abnormal dan deformitas.
- Cictriks (jaringan parut baik yang alami maupun buatan seperti bekas oprasi).
- Warna kemerahan atau kebiruan (livide) atau hyperpigmentasi.

- Benjolan, pembengkakan atau cekungan dengan hal-hal yang tidak biasa (abnormal).
- Posisi dan bentuk dari ekstrimitas (deformitas)

b) Palpasi

Pada waktu akan pelpasi, terlebih dahulu posisi penderita diperbaiki melalui dari posisi netral (posisi anatomi). Pada dasarnya ini merupakan pemeriksaan yang memberikan informasi dua arah, baik periksa maupun klien.

Yang perlu ducatat adalah :

- Perubahan suhu disekitar trauma (hangat) dan kelembaban kulit.
- Apabila ada pembengkakan, apakah terdapat fluktuasi atau oedema terutama disekitar persendian.
- Nyeri tekan (tenderness), krepitasi, catat letak kelainan (1/3 proksimal,tengah atau distal).
- Otot : tonus pada waktu relaksasi atau kontraksi, benjolan yang terdapat di permukaan atau lekat pada tulanng. Selain itu juga diperika status neurovaskuler. Apabila ada benjolan, maka sifat benjolan perlu dideskripsikan permukaannya, konsistensinya, pergerakan terhadap dasar atau permukaannya, nyeri atau tidak, dan ukurannya.

Setelah melakukan pemeriksaan inspeksi, kemudian diteruskan dengan menggerakan ekstrimitas dan catat apakah terdapat

keluhan nyeri pada pergerakan. Pencatat lingkup gerak ini perlu, agar dapat mengevaluasi keadaan dan sesudahnya. Gerakan sendi dicata dengan ukuran derajat, dari tiap arah pergerakan mulai dari titik 0 (posisi netral0 atau dalam ukuran metrik. Pemeriksaan ini menentukan apakah ada gangguan gerak (mobilitas) atau tidak. Pergerakan yang dilihat adalah gerakan aktif dan pasif. (Reksoprodjo, Soelarto, 1995).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Deiagnosa keperatan adalah suatu penyatuan dari masalah pasien yang nyata maupun potensial berdasarkan data yang dikumpulkan (Boedihartono, 1994)

2.2.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan injuri fisik, spasme otot, gerakan frekmen tulang, odem, cedera jaringan lunak.

2.2.2.2 Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma.

2.2.2.3 Resiko cedera berhubungan dengan gangguan integritas tulang.

2.2.3 Intervensi Keparawatan

2.2.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, spasme otot, gerakan frekmen tulang, odem, cedera jaringan lunak.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam, diharapkan nyeri klien bisa berkurang.

Kriteria hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, dan mampu menggunakan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri).

2. Mampu mengenal nyeri (skala, frekuensi dan tanda nyeri).

3. Klien mengatakan nyeri berkurang.

Intervensi : 1. Bhsp (Bina Hubungan Saling Percaya)

2. Jelaskan tentang nyeri dan gunakan teknik komunikasi dan terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien.

3. Jelaskan tentang nyeri dan ajarkan nonfarmakologis.

4. Ajarkan klien untuk menggerakan yang terkena fraktur walau hanya sedikit dan berikan monitor penerimaan klien tentang menejemen nyeri.

5. Kolaborasi dengan tim medis lain.

Rasional : 1. Memudahkan komunikasi dengan klien dan keluarga klien demi memperlancar kerja sma.

2. Membantu klien untuk mengenal dan memberikan pengetahuan tentang penyebab nyeri.

3. Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien.

4. Membantu proses penyembuhan tulang dan untuk mengetahui tindakan yang telah dilakukan oleh perawat berhasil atau tidak.

5. Untuk mencegah munculnya masalah lain.

2.2.3.2 Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan sealama 2x24 jam, diharapkan klien perdarahan dapat dihentkan atau teratasi.

Kriteria hasil : 1. Tanda-tanda perdarahan (-).

2. TTV normal (Nadi = 60-100x/menit ; TD = 100-140 mmHg ; Suhu = 36,5-37◦c ; dan RR = 16-24x/menit).

3. CRT < 2 DETIK.

4. Akral hangat.

Intervrnsi : 1. Pantau tanda-tanda vital.

2. Pantau tanda-tanda perdarahan.

3. Pantau tanda-tanda perdarahan sirkulasi ke jaringan perifer (CRT dan sianosis).

4. Kolaborasi berikan cairan IV (cairan kristal loid NS atau RL.

5. Kolaborasi dalam pemberian transfusi darah.

Rasional : 1. Mengidentifikasi kondisi klien.

2. Mengidentifikasi adanya perdarahan, membantu dalam pemberian intervensi yang tepat.

3. Mengetahui keadekuatan aliran darah.

4. Membantu pemenuhan cairan dalam tubuh.

5. Membantu pemenuhan darah dalam tubuh.

2.2.3.2 Resiko cedera berhubungan dengan gangguan integritas tulang.

Tujuan : Setelah dilakukuan tindakan keperawatan sealama 2x24 jam, resiko cidera dapat teratasi.

Kriteria hasil : 1. Klien bebas dari cidera

2. Tidak ada infeksi lokal atau sistemik.

Intervensi : 1. Pertahankan tira baring dan imobilisasi sesuai indikasi.

2. Rawat luka setiap hari atau setiap kali bila ada pembalut basah atau kotor.

3. Kolaborasi pemberian antibiotik.

4. Evaluasi tanda dan gejala perluasan cedera jaringan (peradangan lokal atau sistemik, seperti peningkatan nyeri, edema dan demam).

Rasional : 1. Meminimalkan rangsang nyeri akibat gesekan antara fregmen tulang dengan jaringan lunak disekitarnya.

2. Mempercepat penyempuhan luka dan mencegah infeksi lokal dan sistemik.

3. Antibiotik bersifat bakteriosida untuk membunuh kuman atau menghambat perkembangan kuman.

4. Untuk menilai perkembangan masalah klien.

2.2.4 Implementasi

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut behubungan dengan agen injuri fisik, spasmeotot, gerakan fregmen tulang, odem, ceder jaringan lunak selama 2x24 jam dilakukan kegiatan seperti membina hubungan saling percaya, menjelaskan tentang dan menggunakan teknik komunikasi terpeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, menjelaskan tentang

nyeri dan mengajarkan teknik nonfarmakologis, mengajarkan klien untuk menggerakan bagian yang terkena fraktur walau hanya sedikit dan memberikan monitor penerimaan klien tentang menejemen nyeri, dan berkolaborasi dengan tim medis lain.

Pada diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan trauma, imunitas tubuh primer menurun, prosedur infasif (pemasangan traksi) selama 2x24 jam dilakukan kegiatan seperti memantau tanda-tanda vital, melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik, menjelaskan kepada keluarga klien untuk sering memakan-makanan yang sehat, kolaborasi untuk pemberian antibiotik.

Pada diagnosa keperawatan resiko cedera berhubungan dengan gangguan integritas tulang selama 2x24 jam, dilakukan tindakan seperti mempertahankan tirah baring dan imobilisasi sesuai indikasi, merawat luka setiap hari atau setiap kali ada bila pembalut basah atau kotor, berkolaborasi pemberian antibiotik serta mengevaluasi tanda dan gejala perluasan cedera jaringan (peradangan lokal atau sistemik, seperti peningkatan nyeri, edema dan demam).

2.2.5 Evaluasi

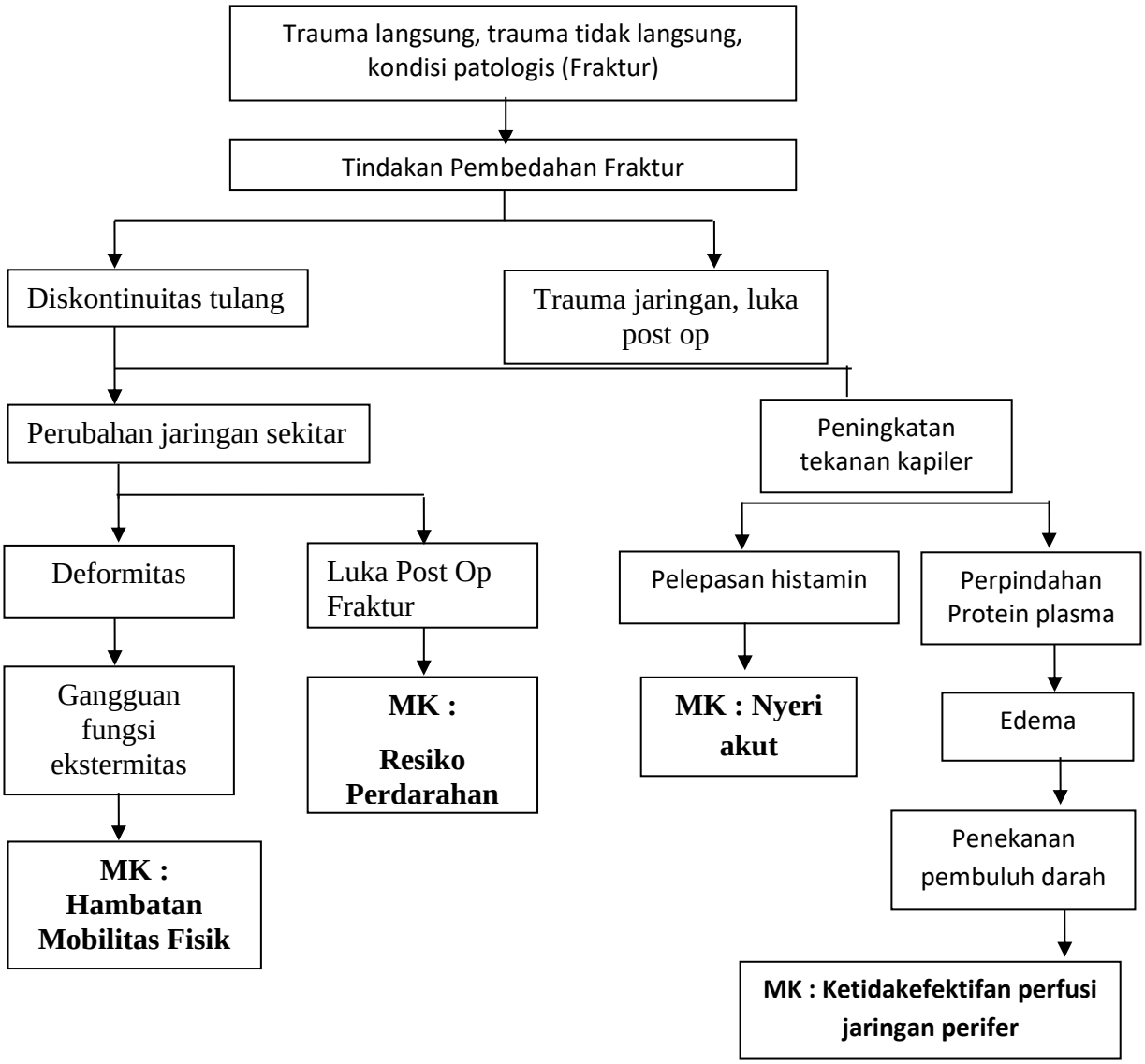
Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, spasme otot, gerarakan fragmen tulang, odem, cedera jaringan lunak selama 2x24 jam, diharapkan nyeri klien bisa berkurang yang ditandai dengan mempunya klien mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, dan mampu menggunakan teknik

nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri), mampu mengenal nyeri (skala, frekuensi dan tanda nyeri), klien mengatakan nyeri berkurang.

Pada diagnosa keperawatan resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan kehilangan volume darah trauma (fraktur) selama 2x24 jam, diharapkan klien mengatakan tidak terjadi syok berulang karena fraktur yang ditandai dengan nadi dalam batas normal, mata cekung tidak ada, serta tidak terjadi demam.

Pada diagnosa keperawatan resiko cedera berhubungan gangguan integrita tulang setelah dilakukan tibdakan keperawatan selama 2x24 jam, resiko cidera dapat teratasi diatandai dengan klien bebas dari cidera, tidak ada infeksi lokal atau sistemik.

2.3 Kerangka Masalah



Gambar 2.1 Kerangka Masalah Fraktur (Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc, 2015).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perenacanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 01 Februari 2019 sampai 02 Februari 2019 diruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas pasien dan penanggung jawab

Data diambil tanggal : 01 Februari 2019

Jam : 12.30

Tgl. MRS : 31 Januari 2019

Ruang rawat/kelas : Melati

Diagnosa medis : Post Op Fraktur Humerus Dextra

No. Rekam medis : 381701

A. Identitas Pasien		Identitas Penanggung Jawab	
Nama	: Tn. R	Nama	: Ny. M
Umur	: 35 Tahun	Umur	: 38 Tahun
Jenis kelamin	: Laki - laki	Jenis kelamin	: Perempuan
Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wirasuasta	Pekerjaan	: Ibu rumah tangga

Alamat : Karang rejo, purwosari Alamat : Karang rejo, purwosari

3.1.2 Riwayat Keperawatan

3.1.2.1 Riwayat Keperawatan Sekarang

1) Keluhan Utama : Pasien mengeluh nyeri pada luka dilengan tangan kanan
2) Riwayat penyakit saat ini :

Pasien datang ke IGD tanggal 31 Januari 2019 dengan keadaan luka robek pada daerah lengan tangan kanan. Setelah itu dilakukan operasi tanggal 31 januari 2019 pukul 15.30, dan pasien dibawa ke ruang melati pasca operasi. Setelah operasi pasien mengatakan nyeri pada lengan tangan kanannya, nyeri pasien terasa di tusuk-tusuk pada bagian lengan tangan kanan sampai menjalar ke tubuh dan skala nyeri 5, nyeri pada saat bangun tidur.

3.1.2.2 Riwayat Penyakit Sebelumnya

1) Riwayat kesehatan yang lalu:

(1) Penyakit yang perna diderita : Tidak ada

(2) Operasi : Tidak perna dioprasi

(3) Jenis oprasi :

(4) Alergi : Tidak ada

(5) Jenis alergi : Tidak ada

3.1.2.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Penyakit yang perna diderita oleh anggota keluarga : Tidak ada

2) Lingkaran rumah dn komunitas : Lingkungan rumah bersih dan ventilasi baik
3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan : Kurang berhati – hati dalam membawa kendaraan.

3.1.3 Status Cairan Dan Nutrisi

3.1.3.1 Nafsu makan : Baik

3.1.3.2 Pola makan : Rumah : -

: Rumah Sakit : 3x/hari (makan hanya 1-5 sendok)

3.1.3.3 Minum : Jenis : Air putih

Jumblah : -

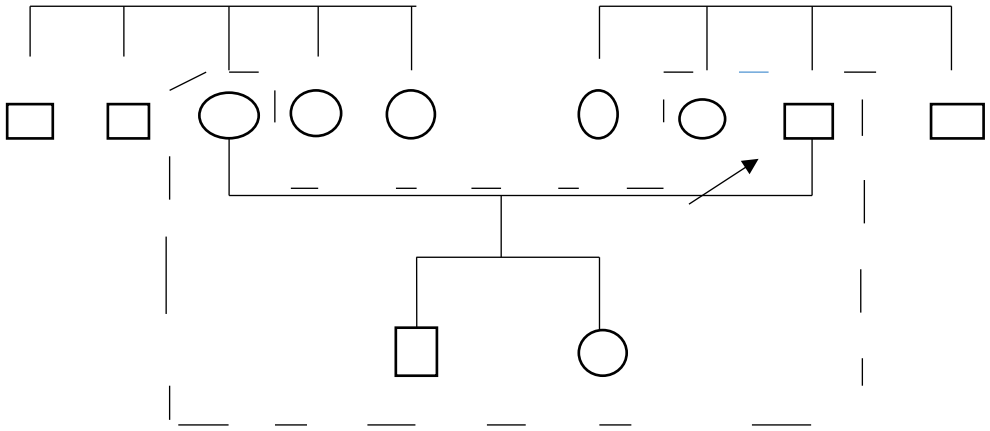
3.1.3.4 Pantangan makan : Tidak ada

3.1.3.5 Menu makanan/diet sekarang : Tidak ada

3.1.3.6 Keluhan lain : Pasien makan hanya 1-5 sendok tapi sendok

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.4 Genogram



Gambar 3.1 Genogram (3 Genrasi)

Keterangan :

□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

X **:** Meninggal

_____ : Tinngal Serumah

----------: Ada Hubungan

↗ : Pasien

3.1.5 Pemeriksaan fisik

3.1.5.1 Keadaan Umum : Pasien tampak lemah, kesadaran compometis

3.1.5.2 Tanda Vital :

Tensi : 110/70 mmHg

Suhu : 36,5 Celcius (lokasi pengukuran : Aksila)

Nadi : 80x/menit (lokasi penghitungan : Radialis)

Respirasi : 20x/menit

3.1.5.3 Respirasi (BI)

1) Bentuk dada : Simetris
2) Susunan ruas tulang belakang : Normal
3) Pola nafas : Teratur

(1) Irama : Teratur

(2) Jenis :

4) Retraksi otot bantu nafas : Tidak ada retraksi otot bantu nafas

5) Perkusi thorax : Sonor

6) Alat bantu nafas : Tidak ada alat bantu nafas

7) Vokal premitus : Normal, sama anatara kanan dan kiri

8) Suara nafas : Vesikuler

9) Lain – lain : Tidak ada

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.4 Kardiovaskuler (B2)

1) Nyeri dada : Pasien tidak nyeri dada

2) Irama jantung teratur : Teratur

3) Pulsasi : Kuat

(1) Posisi : ICS 5

4) Bunyi jantung : SI S2 tunggal

5) CRT : Normal < 3 detik

6) Cianosis : Tidak ada cianosis

7) Clubbing finger : Tidak ada clubbing finger

8) JVP : Tidak ada pembesaran jugularis

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keprawatan

3.1.5.5 Persyarafan (B3)

1) Kesadaran : Composmetis, G C S 4 – 5 – 6

2) Orientasi : Baik

3) Kejang : Pasien mengatakan tidak mempuyai kejang

4) Kaku kuduk : Pasien tidak mempunyai kuku kuduk

5) Brudsky : Normal

6) Nyeri kepala : Pasien mengataka tidak ada nyeri kepala

7) Istirahat/tidur : Siang 2 jam/hr, malam 6 jam/hari

8) Kelainan nervus cranialis : Tidak ada kelainan nervus cranial

9) Lain-lain

MASALAH KEPERAWATAN : Tdak ada masalah keperawatan

3.1.5.6 Genetourinaria (B4)

1) Bentuk alat kelamin : Normal

2) Libido : Kemauan : Normal

(1) Kemampuan : Turun

3) Kebersihan : Bersih

4) Frekuensi berkemih : 3-4x/hari (teratur)

(1) Jumblah : -

(2) Bau : Khas

(3)Warna : Kuning jernih

(4) Tempat yang digunakan : Toilet/kamar mandi

5) Alat bantu yang digunakan : Tidak memakai alat bantu

6) Lain-lain

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.7 Pencernaan (B5)

1) Mulut : Bersih

(1) Mukosa : Lembab

(2) Bibir : Normal

(3) Gigi : Ada caries

(4) Kebiasaan gosok gigi : Pasien gosok gigi 1x/hari di RS

2) Tenggorokan : Tidak ada kesulitan

3) Abdomen : Tidak kembung

(1) Pristaltik : 12x/menit

4) Kebiasaan BAB : BAB di RS 1x/hari

(1) Konsistensi : Lunak

(2) Warna : hitam kecoklatan

(3) Bau : Khas

(4) Tempat yang bisa digunakan: WC

5) Masalah eliminasi alvi : Tidak ada

6) Pemakaian obat pencahar : Tidak ada

7) Lavement : Tidak ada

8) Lain – lain : Abdomen tidak ada nyeri tekan, tidak asetis, tidak ada pembesaran hepar

MASALAH KEPERAEWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.8 Muskuluskoletal dan Integumen (B6)

1) Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : Terbatas

2) Kekuatan otot :

3	5
5	5

3) Fraktur : Ada

4) Lokasi : Humerus

5) Dislokasi : Tidak Ada Dislokasi

6) Kulit : Kering

7) Akral : Hangat

8) Turgor : Elastis < 3 detik

9) Kelembapan : Lembab

10) Oedema : Tidak ada

11) Kebersihan kulit : Bersih

12) Lain – lain : Pasien mengatakan nyeri pda lengan tangan kanan setelah di oprasi, nyeri pasien seperti ditusuk-tusuk pada bagian lengan tangan kanan sampai menjalar ketubuh dan skala nyeri 5, nyeri pada saat bangun tidur. Pasien tidak bisa bisa melakukan aktivitas sendiri karena lengan tangan kanan pasien masi terasa sakit.

MASALAH KEPERAWATAN : Nyeri akut dan hambatan mobilitas fisik.

3.1.5.9 Penginderaan (B7)

1) Mata : Simetris

(1) Pupil : Normal

(2) Reflek cahaya : Normal

(3) Konjungtiva : Tidak ada

(4) Sklera : Putih

(5) Strasbismus : Tidak ada

(6) Ketajaman penglihatan : Tajam

(7) Alat bantu : Tidak ada

2) Hidung : Normal

(1) Mukosa hidung : Bersih

(2) Sekret : Tidak ada

(3) Ketajaman penciuman : Normal

(4) Kelainan lain : Tidak ada

3) Telinga : Bentuk : Simetris

(1) Keluhan : Tidak ada

(2) Ketajaman pendengaran : Tajam

(3) Alat bantu : Tidak menggunakan alat bantu

4) Perasa : Manis, pahit, asam, asin

5) Peraba : Normal

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.10 Endokrin (B8)

1) Pembesaran kelenjar thyroid : Tidak ada pembesaran kelenjar thiroid

2) Pembesaran kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran kelenjar parotis

3) Lain – lain : Tidak ada

4) Luka ganggren : Tidak ada

(1) Pus : Tidak ada pus

(2) Bau : Tidak ada bau

(3) Lokasi : Tidak ada

MASAALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Data psikososial :

3.1.6.1 Gambaran diri/citra diri :

1) Tanggapan tentang tubuhnya : Pasien menyukai kalau dirinya laki-laki
2) Bagian tubuh yang disuka: Pasien mengatakan suka semua bagian tubuh
3) Bagian tubuh yang kurang disukai : Pasien mengatakan kalau semua anggota tubuh disukai
4) Persepsi terhadap kehilangan bagian tubuh : Pasien mengatakan tidak ada, jika pasien mengalami kehilangan, pasien merasa sedih.

3.1.6.2 Identitas :

1) Status pasien dalam keluarga : Ayah, kepala keluarga
2) Kepuasan pasien terhadap status dan posisi dalam keluarga : Pasien senang sebagai kepala keluarga.
3) Kepuasan pasien terhadap jenis kelamin : Pasien pus dengan jenis kelamin.

3.1.6.3 Peran :

1) Tanggapan pasien tentng perannya : Pasien berperan sebagai mencari nafkah.
2) Kemampuan/kesanggupan pasien melaksanakan perannya : Pasien mengatakan mampu menyanggupi keluarga

3.1.6.4 Ideal diri :

1) Harapan pasien terhadap tubuhnya :

(1) Tubuhnya : Ingin segera cepat sembuh

(2) Posisi (dalam pekerjaan) : Ibu rumah tangga

(3) Status (dalam keluarga) : Istri dan ibu

(4) Tugas / pekerjaan : Tidak ada

2) Harapan pasien terhadap lingkungan :

(1) Sekolah : Tidak ada

(2) Keluarga : Pasien berharap cepat sembuh dan berkumpul lagi dengan keluarganya

(3) Masyarakat : Tidak ada

(4) Tempat/ lingkungan kerja : Tidak ada

3) Harapan pasien tantang penyakit yang diderita dan tenaga kesehatan : Ingin sembuh dan pulang

3.1.6.5 Harga diri :

Tanggapan pasien terhadap harga dirinya : Paien mengatakan selealu dihargai oleh keluarga nya

3.1.6.6 Data sosial :

1) Hubungan pasien dengan keluarga: Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga nya baik

2) Hubungan pasien dengan pasien lain: Pasien mengatakan hubungan dengan pasien yang lain baik
3) Dukungan keluarga terhadap keluarga pasien: Pasien mengatakan dukungan dari keluarga baik
4) Reaksi pasien saat interaksi: pasien mengatakan saat berinteraksi baik

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Data spiritual

3.1.7.1 Konsep tentang penguasa kehidupan : Pasien mengatakan menerima sakitnya sebagai ujian

3.1.7.2 Sumber kekuatan / harapan saat sakit : ALLAH SWT dan keluarga

3.1.7.3 Ritual agama yang bermakna / berarti / harapan saat ini : Pasien mengatakan solat 5 waktu

3.1.7.4 Sarana / peralatan / orang yang diperlakukan untuk melaksanakan ritual : Sejadah dan sarung

3.1.7.5 Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit : Pasien yakin akan segera sembuh

3.1.7.6 Persepsi terhadap penyakit: Pasien mengatakan ingin segara sembuh

MASALAH KEPERAWATAN : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Data Penunjang

3.1.8.1 Therapi

Inj antrain 3x2ml : Untuk mengurangi nyeri

Inf NS 1500/24 jam

Inj Ranitidin 2x2mg

Inj ceftasidin 2x1gr

Inj pirocikam 3xmg

3.1.9 Laboratorium

Berikut ini adalah hasil laboratorium pada tanggal 31 januari 2019.

Tabel 3.1 Pemeriksaan laboratorium darah lengkap pada Tn. R dengan diagnosa medis post op fraktur humerus di Ruang Melati pada tanggal 01 februari 2019.

Jenis pemeriksaan	Hasil	normal
1. LED	6 mm	0-10
2. HB	14,9 gr/dl	13-16
- Leukosit	17,300/mm	5.000 – 10.000
3. HCT		
- Masa perdarahan	266.000/mm 2 menit	200.000 – 500.000
- Masa pembekuan	67% 28%	1 – 3 50 – 70
4. Monosit	4%	20 – 40
5. Protein total	6,6 gr/dl	2 – 8
6. Albumin	3,6 gr/dl	6 – 8
7. SGOT	5,07 dl	3,5 – 5,5
8. SGPT	14,3 g/dl	4,06 – 4,69
9. RBC	44,3 dl	12,9 – 14,2
10. HGB	16,9 mm3	37,5 – 53,7
11. HCT		4,500 – 10, 000 mm3
12. WBC		

3.2 Analisa Data

Tanggal : 01 Februari 2019

Nama pasien : Tn. R

Umur : 35 tahun

No. RM : 381701

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	Ds: Pasien mengatakan nyeri luka di lengan tangan kanan P : Nyeri bekas post op pada lengan tangan kanan Q : Nyeri seperti ditusuk – tusuk R : lengan tangan kanan S : Skala nyeri 5 T : Saat bangun tidur dan digerakkan Do: K/u lemah (1) Kesadaran composmetis GCS 4,5,6 (2) Adanya fraktur humerus (3) Terpasang infus Ns	Faktor resiko ↓ Kecelakaaan, terjatuh ↓ Fraktur pada lengan kanan ↓ Terjadi resiko infeksi ↓ Nyeri luka post op ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut
.			

	(4) Pasien tampak menyeringai saat bangun tidur. (5) TTV TD : 110/90 mmHg N : 80 x/menit RR : 18 x/menit S : 37 °C		
2	Ds: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri karena lengan tangan kanan masih terasa sakit. Do: Pasien dibantu keluarga saat melakukan aktivitas. (1) Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga (2) Kekuatan otot 3 | 5 5 | 5	Adanya pembedahan fasciotomi ↓ gangguan ekstrim bawah ↓ Terputusnya jaringan ↓ Hambatan mobilitas fisik	Hambatan mobilitas fisik

	(3) TTV TD : 110/90 mmHg N : 80 x/menit RR : 18 x/menit S : 37°C (4) Terpasan infis NS		

3.3 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

3.3.1 Nyeri Akut

3.3.2 Hambatan mobilitas fisik

3.4 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

3.4.1 Nyeri akut b.d luka pasca oprasi

3.4.2 Hambatan mobilitas fisik b.d Nyeri

3.5 Intervensi Keperawatan

Tanggal : 01 februari 019

Nama pasien : Tn. R

Diagonsa medis : Fraktur Humerus

No. RM : 381701

No Dx	Tujuan / kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Setalah dilakuakan tindakan keperawatan 2 x 24 jam diharapkan nyeri pada lengan tangan kanan pasien berkurang dengan kriteria hasil : 1) Pasien mengatakan nyeri pada luka post op di lengan tangan kanan berkurang 2) Wajah tampak rileks, pasien tidak tampak tegang 3) Pasien tidak tampak menyeringai 4) Pasien tidak gelisah	1) Bina hubungan saling percaya (bhsp) 2) Jelaskan tentang proses penyebab nyeri 3) Observasi TTV dan skala nyeri 4) Ajarkan latihan distraksi dan relaksasi 5) Kolaborasi dengan tim medis	1) Menjalin hubunga terapeutik dengan pasien dan keluarga serta memudahkan dalam melakuakan tindakan 2) Menambah pengetahuan pasien 3) Setiap proses penyakit diikuti perybahan TTV 4) Perhatian terpecah dan pemenuhan oksigenasi kndisi tubuh untuk memulihkan 5) Mengurangi nyeri pasien

	5) TTV dalam batas normal Nadi : 80x/mnt TD :110/90 mmHg Suhu : 36,6 RR : 18x/mnt		
2	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam pasien mampu melakukan mobilisasi dengan kriteria hasi : 1) Dapat melakukan aktivitas secara mandiri 2) Kekuatan otot pasien 3 | 5 5 | 5 3) Pasien mampu mobilisasi dengan bantuan minimal	1) Bina hubungan saling percaya (Bhsp) 2) Ajarkan pasien untuk menggerakan lengan tangan kanan dengan minimal 3) Konsultasi tim dokter dan kolaborasi	1) Menjalin hubunga terapeutik dengan pasien dan keluarga serta memudahkan dalam melakuakan tindakan 2) Dilakukan dengan maksud untuk memenuhi kebutuhan dasar klien 3) Supaya aliran darah pasien mengalir dengan baim dan tidak ada pembengkakkan

3.6 Implementasi Keperawatan

Nama pasien : Tn. R

No. RM : 381701

Umur : 35 tahun

No Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Tanda tangan
1	01/02/2019	08.00 08.15 08.30 08.40 09.00 02/02/201 09.00 09.20	1. Membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien 2. TTV TD : 110/80 mmHg – RR : 18 x/menit S : 37°C – N : 80 x/menit 3. Menanyakan seberapa nyeri dan seberapa lamanya 4. Mengajarkan pasien untuk distraksi dan relaksasi. 5. Mengkaji karakteristik nyeri dan skala nyeri. 1. TTV: TD: 120/80 mmHg N:90x/mnt RR: 21x/mnt S: 36,6°C 2. Menyakan keluhan dan lokasi nyeri	

		09.40 10.00 09.15 09.30 10.00 10.00 10.20	3. Mengajarkan pasien teknik distraksi dan relaksasi. 4. Mengajurkan pasien untuk sering menggerakkan lengan tangan kanannya.. 1. TTV: TD: 120/80 mmHg N: 90x/mnt S: 36.6°C RR: 21 x/mnt 2. Menanyakan keluhan pasien 3. Mengajarkan pasien teknik distraksi dan relaksasi 4. Menganjurkan pasien untuk sering melakuakan aktifitas ringan seperti menggerakkan lengan tangan kanannya. 1) Membina hubungan saling percaya 2) Membantu pasien untuk merawat diri sendiri dan pemenuhan kebutuhan dasar, mandi sendiri dan mengambil	
	02/02/2019			
	01/02/2019			

			makanan sendiri tetapi perlu bantuan untuk beraktivitas.	
		10.35	3) Mengajarkan pasien untuk distraksi dan relaksasi seperti mengajak ngobrol pasien, mendengarkan musik dan bernafas dalam supaya pasien rileks	
		11.00	4) Melakukan observasi TTV : TD: 110/90 mmHg N: 90x/mnt S: 36,6°C RR : 21x/mnt	

3.6 Catatan Perkembangan

Nama pasien : Tn. R

Umur : 381701

No. RM : 35 tahun

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda tangan
01/02/2019	(1) Nyeriakut berhubungan dengan luka pasca Oprasi	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O : Kondisi umum baik TTV normal : TD : 110/90 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 37 °C P : Nyeri Q : Seperti ditusuk – tusuk R : Menjalar ke tubuh S : Skala 5 T : Saat bangun tidur A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 3 – 5	

	1) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	S : Pasien mengatakan aktivitas sedikit dibantu keluarga O : Kondisi umum baik TTV normal TD : 110/90 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 37 °C Kekuatan otot : 3 | 5 5 | 5 Aktivitas pasien sebagian dibantu oleh keluarga A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 2 – 4	
02/02/2019	1. Nyeri akut b.d luka pasca oprasi	S : Pasien mengatakan nyeri setelah post op O : Kondisi umum baik TTV normal TD : 100/80 mmHg N : 80 x/menit	

		RR : 18 x/menit S : 37 °C P : Pasien mengatakan nyeri Q : Nyeri seperti ditusuk – tusuk R : Nyeri menjalar ke tubuh S : Skala 5 T : Saat bangun tidur dan saat lengan tangan kanan di gerakan A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
	2. Hambatan mobilitas fisik b.d nyeri	S : Pasien mengatakan aktivitas masi di bantu keluarga O : Keadaan umum baik TTV normal TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit RR : 18 x/menit S : 37 °C Kekuatan otot : 3 | 5	

		5 5 a. Aktifitas pasien dibantu oleh keluarga A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilakukan 2-4	

3.7 Evaluasi

Nama paien : Tn. R

Umur : 35 tahun

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Tanda tangan
02/02/2019	1. Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca oprasi	S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri dan berkurang O : Kondisi umum baik TTV normal TD : 110/90 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 37 °C Wajah pasien menyeringai P : Nyeri Q : Seperti ditusuk – tusuk R : menjalar ke tubuh S : Skala T : Saat bangun tidur	

02/02/2019	2. Hambatan mobilitas fisik b.d nyeri	A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan pasien pulang S : Pasien mengatakan aktvitas sedikit dibantu keluarga O : Kondisi umum baik TTV normal TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit RR : 18 x/menit S : 37 °C Kekuatan otot 4 | 5 5 | 5 a. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga b. Pasien mampu A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan pasien pulang	

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. R dengan diagnosa medis Post Op Fraktur Humerus di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Identitas

Data yang didapatkan Tn.R berusia 35 thn, sudah menikah, berjenis kelamin laki – laki, bersuku jawa, agama islam, mempunyai tingkat pendidikan SMA, pekerjaan sebagai wira suasta, Tn.R beralamat karang rejo, purwosari. Faktor resiko penyebab Fraktur Humerus Pada umumnya jenis kelamin laki-laki dengan usia 20-40 tahun rentan terjadi fraktur, pekerjaan juga menjadi pengaruh utama pada fraktur mengingat fraktur paling sering disebabkan karena kecelakaan.

Keluhan Utama

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pasien mengatakan rasa nyeri pada luka post op fraktur humerus. umumnya keluhan utama kasus post op fraktur humerus adalah rasa nyeri. Pada tinjauan kasus di dapatkan data pasien mengtatakan nyeri pada luka lengan tangan kanan. menurut opini penulis, hal ini dikarenakan pasien yang paling dikeluhan yang paling diutamakan yaitu nyeri luka pada lengan tangan kanan.

Riwayat Penyakit Saat Ini

Pada dasar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan yaitu sama-sama didapatkan data keluhan pada saat ini pasien mengatakan anoreksia, nyeri lengan tangan kanan.

Riwayat Penyakit Sebelumnya

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pasien mengatakan tidak perna menderita penyakit. Pada tinjauan kasus didapatkan didapatkan data pasien tidak pernah menderita dan keluarganya juga tidak pernah menderita fraktur. Menurut opini penulis, hal ini dikarenakan pasien tidak mengetahui jika terkena fraktur.

Riwayat Penyakit Keluarga

Pada tinjauan pustaka didapatkan data keluarga tidak terdapat anggota keluarga yang menderita fruktur. Pada tinjauan kasus didapatkan data sekeluarga pasien mengatakan tidak perna menderita fraktur. Menurut opini penulis, hal ini dikarenakan bisa jadi dari santinasi lingkungan yang buruk.

Pada pengkajian B1 tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan yaitu pada inspeksi bentuk dada klien nampak simetris kanan dan kiri, pola nafas teratur irama reguler. Tidak tepasang alat bantu nafas O2. Retraksi otot bantu nafas tidak ada. Pada palpasi di dapatkan RR : 20x /menit, tidak ada nyeri tekan. Vokal fremitus sama antara kanan dan kiri. Susunan ruas tulang belakang normal. Pada perkusi thorax didapatkan sonor. Pada auskultasi ditemukan suara nafas vesikuler. Tidak ada bunyi nafas tambahan seperti wheezing atau ronchi.

Pada pengkajian B2 antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan, yaitu pada inspeksi klien tidak terdapat cianosis, clubbing finger tidak ada. Pada palpasi ictus cordis tidak teraba, tidak teraba pembesaran jantung, tidak terdapat nyeri dada, nadi 86 x/menit. CRT dapat kembali ≤ 3 detik. Pada perkusi suara pekak. Pada auskultasi jantung didapatkan bunyi irama reguler. Pulsasi kuat posisi tidur, bunyi jantung S1 terdapat di ICS V garis midclavikula kiri terdengar LUB san S2 terdapat di ICS II garis sternalis kiri terdebgar DUB.

Pada pengkajian B3 antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada beberapa kesenjangan, yaitu pada tinjauan pustaka yang didapatkan tidak ada keluhan pusing dan tidur klien tidak ada masalah, klien tidur ±7 sampai ±8 jam perhari, sedangkan pada tinjauan kasus klien mengeluh pusing karena tidak bisa tidur selama dirumah sakit, dan klien hanya tidur ±5 jam perhari dengan perincian tidur siang klien dari jam 14.00-15.00 WIB dan tidur malam mulai dari jam 00.00 – 04.00 WIB , sedangkan kebiasaan klien tidur dirumah ± 11 jam perhari dengan perincian tidur siang klien dari jam

11.00 – jam 14.00 WIB dan waktu tidur malam dari jam 21.00 – jam 05.00 WIB.

Pada pengkajian B4 antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan, yaitu pada inspeksi didapatkan bentuk alat kelamin normal, tidak ada massa/benjolan, kebersihan alat kelamin bersih. Minum air putih, jumblah : ± 150 cc/hari. Frekuensi berkemih teratur, bau khas, warna kuning dan klien menggunakan WC.

Pada pengkajian B5 antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada beberapa kesenjangan, yaitu pada tinjauan pusataka di dapatkan keadaan mulut bersih, mukosa lembab, keadaan abdomen normal, peristaltik klien normal, kebiasaan BAB klien tidan ada masalah sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan pada inspeksi mukosa bibir klien lembab, tidak tampak cyanosis, lidah bersih, lidah tidak terdapat bercak putih. Bentuk bibir simetris. Gigi kotor karena kloien tidak menggosok gigi salama di rumah sakit ± 3 hari. Leher simetris terpusat pada posisi kepala, tidak ada kesulitan menelan. Pada palpasi tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran thyroid. Tidak ada nyeri teka di leher. Pada auskutasi paristaltik usus 12 x/menit. Kebiasaan BAB di rumah ± 2 x/hari, selama di RS klien belum BAB, klien mengatakan belum BAB selam 3 hari dirumah sakit, tidak memakai obat pencahar.

Pada pengkajian B6 antara tinjaun pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan, yaitu pergerakan sendi terbatas, adanya fraktur, turgor kulit sekitar fraktur menurun, akral hangat, adanya odema, perubahan warna

pada lokasi fraktur, kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan (X,5) sedangkan tangan kiri dan kaki kiri (5,5). Pasien mengalami fraktur, kulit sekitar daerah fraktur humerus dekstra menurun karena ada robekan dan patahannya terbuka akralnya hangat, turgor < 3 detik, ada odem daerah tangan yang patah. Pasien tidak bisa melakukan aktivitas sendri pasien tidak boleh bergerak karena pasien masi belum di oprasi takut terkena komplikasi yang lebih lanjut karena pergeseran tulang sehingga akan merasa lebih nyeri. Nyeri pasien sperti ditusuk – tusuk pada lengan tangan kanan sampek menjalar ketubuh yang dan skala nyeri 5 nyeri pada saat bangun tidur.

4.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan nyata dialami klien karena penulis menghadapi klien secara langsung.

Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan, pada tinjauan pustaka terdapat beberapa diagnosa keperawatan diantaranya adalah diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, spasme otot, gerakan fregmen tulang, odem, cedera jaringan lunak, ketidak efektifan perfusi janringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah ke jaringan, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka, pemasangan traksi, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuskular, nyeri, terapi imobilisasi, Resiko infeksi berhubungan dengan trauma, imunitas tubuh primer menurun, prosedur invasiv (pemasangan traksi),

Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan kehilangan volume darah akibat trauma (fraktur), (Nurarif, 2015). Sedangkan pada tinjauan kasus penulis hanya mendapatkan tujuh diagnosa keperawatan diantaranya adalah diagnosa utama resiko infeksi berhubungan dengan trauma, prosedur invasive, nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, pergeseran fregmen tulang, hambatan mobilitas fisik berhubungan deformiyas dan ekstremitas bawah terganggu, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pemasangan bidai, gangguan citra tubuh berhubungan dengan pemasangan eksternalfixation. Pada tinjauan kasus ada penambahan tiga diagnose yaitu nyeri akut berhubungan dengan trauma langsung dan pergesera frakmen sehingga menjadi nyeri, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan deformitas dan eksremitas bawah terganggu, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka dan pemasangan spalk.

4.3 Perencanaan Tidakan Keperawatan

Perencanaan dan tujuan dari tindakan keperawatan menggunakankaidah sesuai dengan sistematika SMART, Spesifik yaitu (jelas), *Measureable* (dapat diukir), *Acepptance*, *Rasional*, dan *Timming*, yang dilakukan oleh penulis dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, pergeseran fregmen tulang adalah nyeri klien berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : klien mampu memahami penyebab nyeri, tanda dan gejala, klien juga dapat mendemonstrasikan kembali teknik relaksasi dan distraksi, tanda – tanda vital batas normal, klien tidak mengeluh nyeri, skala nyeri klien berkurang (1-3), wajah klien

tampak rileks. Perencanaan keperawatannya sesuai dengan manajemen penatalaksanaan nyeri akut yaitu jelaskan pada klien bagaimana tentang penyebab nyeri dengan cara memberi tahu pasien bahwa nyeri yang dirasakan itu akibat patah tulang yang akan menyebabkan nyeri hebat, ajarkan teknik relaksasi dan distraksi apabila nyeri timbul klien dapat melakukan teknik dengan contoh tarik nafas dalam melalui hidung dengan bibir tertutup tahan sekitar 1-2 detik dan keluarkan nafas pelan – pelan melalui hidung, sedangkan teknik ditraksi jika nyeri timbul bisa dibuat ngobrol sama keluarga atau tidur, observasi tanda – tanda vital untuk memantau keadaan klien, Observasi nyeri, lokasi, karakteristik nyeri dan skala nyeri (00-10) untuk memantau perkembangan klien, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesic untuk mengurangi rasa nyeri. Sedangkan yang dilakukan penulis untuk diagnosa keperawatan Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan deformitas dan eksremitas bawah terganggu dengan kriteria hasil : Dapat melakukan aktivitas secara mandiri, pasien mampu menggunakan alat gerak, pasien mampu mobilisasi dengan bantuan minimal. Perencanaan keperawatannya sesuai dengan manajemen penatalaksanaan yaitu Tingkatkan aktivitas kliensampai kemampuan untuk menghindari adanya aktivitas yang berlebihan, sehingga berakibat fatal, Bantu klien untuk merawat diri sendiri dan pemenuhan kebutuhan dasar untuk dilakukan dengan maksud memenuhi kebutuhan dasar klien, Ajarkan pasien untuk berlatih menggunakan alat bantu supaya pasien bisa menggunakan tangan kanannya denga bantuan alat bantu.

4.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pelaksanaan pada tinjauan pustaka hanya menguraikan secara teori sedangkan pada tinjauan kasus pelaksanaan diuraikan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis kepada klien karena penulis secara langsung melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat oleh penulis untuk klien. Pelaksanaan yang dilakukan penulis untuk diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, pergeseran fregmen tulang. Membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Memberikan salam, Memperkenalkan nama, Menjelaskan tujuan yang akan dilakukan pada pasien, Melakukan kontrak waktu, Menjelaskan kepada keluarga tentang penyebab nyeri yaitu pergeseran tulang karena pasien patah tulang jadi pasien bergerak pasti akan terasa nyeri, Mengajarkan pasien untuk distraksi dan relaksasi sperti mengajak ngobrol pasien, mendengarkan musik dan bernafas dalam supaya pasien rileks, Melakukan observasi dan keluhan pasien, TD : 110/90 mmHg –RR : 18 x/menit, S : 37, N : 80 x/menit, Keluhannya pasien mengatakan masih nyeri saat bangun tidur, Bekolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antrain 3x1 amp, infus NS 1500/24 jam. Sedangkan yang dilakjukan penulis diagnosa keperawatan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan deformitas dan ekstremitas bawah terganggu yaitu Meningkatkan aktivitas klien sesuai kemampuan, menggerakan lengan tangan kanannya supaya aliran darahlancar dan mengalir tidak bengkak, menggerakan dikit demi sedikit meskipun dengan bantuan. Membantu klien untuk merawat diri sendiri dan pemenuhan kebutuhan dasar, mandi sendiri

dan mengambil makanan sendiri tetapi perlu bantuan untuk beraktivitas, mengajarkan pasien untuk menggerakan jari – jari tangan dengan minimal.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada tinjauan pustaka hanya menguraikan secara teori sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi diuraikan menggunakan SOAP, S (*subjektif)* yaitu apa yang dikatakan oleh klien pada perawat, O (*objektif)* yaitu keadaan klien yang dapat dilihat dengan jelas oleh perawat, A (*assement)* dapat ditinjau apakah masalah keperawatan sudah teratasi atau belum, P (*planning)* yaitu perencanaan apa saja yang akan dilakukan oleh klien berdasarkan evaluasi yang dilakukan oleh perawat karena penulis menghadapi klien secara langsung. Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, pergeseran fregmen tulang evaluasi yang diuraikan menggunakan SOAP adalah S (*subjektif)* yaitu S : Px mengatakan nyeri berkurang, O : Kondisi umum baik ttv normal TD : 110/90 mmHg – N : 80 x/menit – RR : 20 x/menit – S : 3 seperti ditusuk – tusuk, menjalar ke tubuh Skala 5 saat bangun tidur dan saat dibuat jalan, A : Masalah teratasi sebagian, P : Intervensi dilanjutkan dirumah, klien rencana KRS penulis memberikan HE berupa menganjurkan pada klien untuk rajin kontrol, mengingatkan kepada klien apabila nyeri timbul bisa melakukan teknik relaksasi dan distraksi. Sedangkan pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan trauma, prosedur invasive evaluasi yang diuraikan menggunakan SOAP adalah S (*subjektif)* yaitu S : Pasien mengatakan aktivitas sedikit dibantu keluarga, O (*objektif)* : kondisi umum baik TD : 100/90 mmHg – N : 80 x/menit – RR : 18 x/menit – S : 37. Aktivitas pasien

dibantu oleh keluarga, Pasien mampu menggunakan alat bantu, A (assessment) : Masalah teratasi sebagian, P (pleaning) : Intervensi dihentikan pasien pulang.

BAB 5

PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Post Op Fraktur Humerus Dextra di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan Post Op Fraktur Humerus Dextra.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Post Op Fraktur Humerus Dextra, maka penulis dapat mengambil Kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Pada pengkajian klien merasa nyeri dengan skala nyeri 5 apabila klienbergerak, nyeri klien seperti ditusuk – tusuk pada bagian lengan tangan kanan nyeri menjalar ketubuh. Klien juga tidak bisa melakukan aktivitas sendiri karena susah di buat gerakan tangannya. Tanda – tanda vital observasi klien diperoleh tekanan darah 180/80 mmHg, Suhu 37,0 °C (Lokasi pengukuran: Axilla), Nadi 80 x/menit (Lokasi perhitungan: Arteri Radialis), Respirasi 18 x/menit.

5.1.2 Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan trauma langsung dan pergeseran fregmen sehingga menjadi nyeri. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan deformitas dan eksremitas bawah terganggu. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka dan dan pemasangan spalk.

Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, pergeseran fregmen tulang. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri klien berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : Klien mampu memahami penyebab nyeri, tanda dn gejala, klien juga dapat mendemonstrasikan kembali teknik relaksasi dan distraksi, tand – tanda vital dalam batas normal : TD : 120/80 mmHg, N : 60–100 x/menit, S : 36–37,5 °C, RR : 16–20 x/menit, klien tidak mengeluh nyeri, skala nyeri klien berkurang (1-3), wajah klien tampak rileks, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien mampu melakukan mobilisasi dengan kriteria hasil : Dapat melakukan aktivitas secara mandiri, pasien mampu menggunakan alat gerak, pasien mampu mobilasisi dengan bantuan minimal.

5.1.3 Beberapa tindakan mandiri perawat pada klien dengan post op fraktur humerus yaitu menjelaskan pada klien bagaimana tentang penyebab nyeri dengan cara memberi tahu kepada klien bahwa nyeri yang dirasakan itu akibat dari patah tulang yang akan menyebabkan nyeri hebat, mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi apabila nyeri timbul klien dapat melakukan teknik relaksasi dengan contoh tarik nafas dalam melalui hidung dengan bibir tertutup tahan sekitar 1-2 detik dan keluarkan nafas pelan – pelan melalui hidung, sedangkan teknik distraksi jika nyeri timbul bisa dibuat ngobrol sama keluarga atau tidur, mengobservasi tanda-tanda vital untuk memantau keadaan klien, mengobservasi nyeri, lokasi, karakteristik nyeri dan

skala nyeri (0-10) untuk memantau perkembangan klien memberikan pengetahuan ke keluarga pasien untuk sering makan-makanan yang sehat dan berprotein seperti sayur-sayuran, buah-buahan, ikan laut dan ikan tawar, seperti ikan kotok, lele, mujair, supaya dapat mempercepat penumbuhan jaringan baru atau kulit baru, memberikan perawatan luka dengan teknik aseptic yaitu dengan cara membersikan luka dengan cairan RL/Ns dengan kasa steril, lalu balut luka dengan kassa kering dan pleter dengan menggunakan plester kertas sebagai pengganti balutan dan bersihkan satu hari atau dua hari tergantung dengan tingkat keparahan luka dikulit, mengobservasi tanda – tanda infeksi (rubor, kalor, tumor, fungsio laesa) untuk mengetahui perubahan luka.

5.1.4 Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn R sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi sebagian dan masalah teratasi. Pasien KRS pada tanggal 03 februari 2019 jam 16.00 WIB.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan fraktur humerus.

5.2.3 Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.

5.2.4 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal.

5.2.5 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

Doenges, Marylinn. (2002). *Rencana Asuhan Keperawatan, edisi 3,* Jakarta : AGC

Grace, Pierce, Borley, Neil R. (2006). *At e Glance Ilmu BedahEdisi 3.* Jakarta : PT. Erlangga.

Liu, T, & Campbell,A. (2011). *Case Files Ilmu Bedah.* Jakarta : Karisma Publishing Group.

Nurarif A H, Kusuma H.(2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan diagnosa medis Dan NANDA NIC NOC jilid 1.* Yogyakarta : Mediaction publishing.

Rekam Medik. (2016). *Data Rekam Medik Hernia mulai dari bulan januari agustus.* Sidoarjo : RSUD Sidoarjo

R, Sjamsuhidayat & Wim de jong. (2004). *Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi 2.* Jakarta : EGC

Samsudin. (2006). http://ilmu-ilmukeperawatan.blogspot.com/2009/03/download asuhan keperawatan-medikal.html. Dan diakses tanggal 10 Mei 2020 pikul 16.00 WIB.

Sjamsuhidayat. (2007). *Buku Ajar Ilmu Bedah.* Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Wim de jong Et al. (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah.* Jakarta : egc.

INFORMED CONSET

Judul : " **Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa Medis Post Op Fraktur Humerus Dextra Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan".**

Tanggal pengambilan studi kasus 01 februari 2019

Sebelum tanda tangaan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **MELANIA KUNDRE** proses pengambilan studi kasus ini saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya, Nona/Nyonya/Tuan .....

Dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partiipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini

Tanda tangan **.....** Partisipan

Tanda tangan **.....** Saksi

Tanda tangan **.....** Peneliti

YAYASAN KERTA CENDEKIA
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232
Telepon: 031 – 8961496; Faximile : 031 – 8961497
Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 26/BAAK/VIII/2019 Sidoarjo, 20 Agustus 2019
Hal : Permohonan Studi Penelitian

Yth. Direktur RSUD Bangil
Pasuruan

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir , Mahasiswa Tingkat III Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Tahun Akademik 2019 – 2020, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan bantuan kepada mahasiswa kami,

No.	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Melania Kundre	1501043	Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Fraktur

Untuk melakukan pengambilan data studi kasus sesuai dengan tujuan proposal penelitian yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Permohonan dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur,

Agus Sulistyowati, S. Kep, M.Kes

PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL
Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789

Pasuruan, 21 September 2018

Nomor : 445.1/2191.41/424.202/2018
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Pengambilan Data

Kepada
Yth. Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul
SIDOARJO

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 28/KM/IX/2018 tanggal 17 September 2018 perihal Permohonan Studi Pendahuluan atas nama:

Nama : MELANIA KUNDRE
NIM : 1501043
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Fraktur di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Data Awal di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 19 – 26 September 2018.

Dengan ketentuan :
1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang
u.b.
Kasi Diklat

DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :
1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

FRAKTUR HUMERUS

Disusun Oleh :

Melania Kundre (1501043)

JURUSAN DIII KEPERAWATAN

AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA SIDOARJO

2020

SATUAN ACARA PENYULUHAN KESEHATAN

FRAKTUR HUMRUS

Topik : Fraktur Humerus

Pokok Bahasan : Fraktur Humerus

Sasaran : Tn. R dan Keluarga

Tempat : Ruang Melati

Hari/tanggal : 01 Februari 2019

Waktu : 12.30-13.00 WIB.

I. TIU (Tujuan Instruksional Umum)

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang fraktur humerus diharapkan sasaran mampu memahami tentang fraktur humerus.

II. TIK (Tujuan Instruksional Khusus)

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit sasaran penyuluhan diharapkan dapat :

1. Menyebutkan pengertian fraktur humerus.
2. Menyebutkan tanda gejala fraktur humerus.
3. Menyebutkan penyebab fraktur humerus.
4. Menyebutkan penatalaksanaan dan pencegahan penyakit fraktur humerus.
5. Menyebutkan komplikas fraktur humerus.

6. Menyebutkan pemeriksaan diagnostik penyakit fraktur humerus.
7. Menyebutkan ramuan herbal untuk penyakit fraktur humerus.

III. Materi Penyuluhan

1. Pengertian fraktur humerus
2. Tanda dan Gejala fraktur humerus
3. Penyebab fraktur humerus
4. Penatalaksaan dan pencegahan penyakit fraktur humerus
5. Komplikasi fraktur humerus
6. Pemeriksaan diagnostik penyakit fraktur humerus
7. Ramuan herbal untuk penyakit fraktur humerus

IV. Metode

1. Ceramah
2. Diskusi tanya jawab

V. Media

1. Leaflet

VI. Evaluasi

1. Sebutkan pengertian fraktur humerus?
2. Sebutkan tanda gejala fraktur humerus?
3. Sebutkan penyebab fraktur humerus?
4. Sebutkan penatalaksanaan dan pencegahan penyakit fraktur humerus?
5. Sebutkan komplikasi fraktur humerus?
6. Sebutkan pemeriksaan diagnostik penyakit fraktur humerus?
7. Sebutkan ramuan herbal untuk penyakit fraktur humerus?

VII. Kegiatan penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Masyarakat
1	5 menit	Pembukaan: - Mengucapkan salam -. Memperkenalkan diri - Menjelaskan topik dan tujuan pendidikan kesehatan - Menanyakan kesiapan Keluarga	 Menjawab salam Mendengarkan Mendengarkan Menjawab
2	20 menit	Pelaksanaan: Penyampaian materi - Pengertian fraktur humerus - Faktor penyebab fraktur humerus - Tanda dan gejala fraktur humerus - Cara pencegahan fraktur humerus - Komplikasi fraktur humerus - Pemeriksaan diagnostik fraktur humerus - Penyembuhan ramuan herbal penyakit fraktur humerus Memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya mengenai materi yang disampaikan	 Mendengarkan Bertanya
3	5 menit	Evaluasi:	 Menjawab

		-Menanyakan kembali hal-hal yang sudah dijelaskan mengenai fraktur humerus	
4	5 menit	Penutup: - Menutup pertemuan dengan menyimpulkan materi yang telah dibahas - Memberikan salam penutup	Mendengarkan Menjawab salam

MATERI

PENYULUHAN KESEHATAN FRAKTUR HUMERUS

A. Pengertian

Fraktur humerus adalah patah tulang merupakan suatu keadaan dimana terputusnya kontiunitas tulang rawan yang diakibatkan karena adanya rudapaksa.

B. Tanda dan Gejala

1. Tidak menggunakan anggota gerak
2. Nyeri pembekakan
3. Gangguan fungsio anggota gerak
4. Mengalami perubahan bentuk pada daerah fraktur
5. Kelainan gerak
6. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada daerah fraktur

C. Penyebab

1. Fraktur traumatic
2. Fraktur stress
3. Fraktur patologis terjadi pada tulang karena adanya kelainan
4. Frkatur tertutup
5. Freaktur terbuka

D. Penatalaksanaan dan Pencegahan

1. Redukasi mengembalikan fregmen tulang pada kesesejarannya dan rotasi anatomis
2. Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode ekstra dan interna

E. Komplikasi fraktur humerus

1. Kerusakan arteri karena trauma ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, hematom yang lebar, perubahan posisi pada yang sakit
2. Compartment syndromen
3. FES komplikasi serius yang sering terjadi pada fraktur panjang
4. Infeksi
5. Shock

F. Pemeriksaan Diagnostik

1. LED
2. HB - Leukosit
3. HCT – Masa perdarahan, Masa pembekuan
4. Monosit
5. Protein total
6. Albumin

G. Ramuan Herbal Untuk Fraktur Humerus

1. Vitamin

   Vitamin memiliki peran penting dalam dalam proses penyembuhan, seperti vitamin C, D, dan K
2. Qnc Jelly gamat untuk penyembuhan tulang retak atau patah tulang adalah dengan : Meredakan rasa sakit, mengatasi pembengkakan akibat inflamasi (peradangan), menyamarkan memar, memudahkan gerak, memperbaiki kerusakan tulang, menutrisi tulang.

KONSULTASI PASCA PROPOSAL

No.	Tanggal	Pembimbing	Uraian Konsultasi	Tanda Tangan
1	10 Maret 2020			
2	09 April 2020			
3	12 Mei 2020			
4	21 Mei 2020			
5	02 Juni 2020			