

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS *POST OPERATIVE CLOSED FRACTURE HUMERUS  
SINISTRA* DI RUANG BANGSAL MELATI RSUD  
BANGIL PASURUAN**



**Oleh :  
SANTI YETHERDINA KDISSE  
NIM. 1601066**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO  
2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS *POST OPERATIVE CLOSED FRACTURE HUMERUS  
SINISTRA* DI RUANG BANGSAL MELATI RSUD  
BANGIL PASURUAN**

**Sebagai Prasyarat untuk Memperoleh Gelar  
Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)  
di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



**Oleh :  
SANTI YETHERDINA KDISE  
NIM. 1601066**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO  
2019**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Santi Yetherdina Kdise  
NIM : 1601066  
Tempat, Tanggal Lahir : Marantutul, 14 November 1997  
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul:” **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST OPERATIVE CLOSED FRACTURE HUMERUS SINISTRA* DI RUANG BANGSAL MELATI RSUD BANGIL PASURUAN.**”

Adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebut sumbernya.

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

Sidoarjo, 7 Mei 2019

Yang menyatakan,

Santi Yetherdina Kdise

NIM. 1601066

Mengetahui

Pembimbing 1

Pembimbing 2

**Faida Annisa, S.Kep. Ns., MNS**

NIDN. 0708078606

**Marlita Dewi Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes**

NIDN. 0703087801

## LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Santi Yetherdina Kdise

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Diagnosa Medis *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra* Di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Pasuruan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada tanggal : 4 Juli 2019

Oleh,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

**Faida Annisa, S.Kep. Ns., MNS**

NIDN. 0708078606

**Marlita Dewi Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes**

NIDN. 0703087801

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

**Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes.**

NIDN. 0703087801

## HALAMAN PENGESAHAN

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

Tanggal : 4 Juli 2019

### TIM PENGUJI

	Tanda Tangan
Ketua : Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep.Ns.,MNS	( )
Anggota : 1. Marlita Dewi Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes	( )
2. Faida Annisa, S.Kep.Ns.,MNS	( )

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

**Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes**

**NIDN. 070308780**

## **MOTO**

**Percayalah kepada TUHAN dengan segenap hatimu,  
dan janganlah bersandar kepada pengertianmu sendiri.  
Akuilah Dia dalam segalaah lakumu, maka ia akan meluruskan jalanmu.**

**Amsal 3 : 5-6**

## **Lembar Persembahan**

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada :

Tuhan Yesus Kristus yang sudah melindungi dan menyertai saya dalam setiap nafas kehidupan, dalam setiap Doa dan pergumulan yang selalu saya naikan. Puji syukur saya panjatkan hanya bagi Mu ya Tuhan.

Papa Lobma Kdise dan Mama Mase Rangkoratat selaku orang tua, terima kasih atas cinta, kasih sayang dan pengorbanan yang begitu besar untuk santi, yang tidak dapat santi balas dengan apapun. Namun dengan Karya Tulis Ilmiah ini bisa membuat Papa dan Mama bangga bahwa walaupun hidup dengan penuh kesederhanaan tetapi ada sebuah kesuksesan yang dapat di raih pada kemudian hari. Papa dan Mama sangat berarti untuk santi, makasih Ma Pa untuk segalanya. Tuhan Yesus menyertai dan memberikan kesehatan, umur panjang dan kekuatan untuk Mama dan Papa selalu. Amin... Santi sayang Papa dan Mama.

Untuk kakak tersayang

Usi Nanu, terima kasih atas nasehat dan dukungan yang selalu usi berikan untuk santi. Bu soi, Terima kasih atas nasehat dan dukungan yang selalu bu berikan untuk santi. Usi evvi, Terima kasih atas cinta dan kasih sayang yang begitu tulus dan segala pengorbanan yang usi berikan demi kebahagiaan santi, dengan penuh keikhlasan dan kerja keras usi hanya punya satu tujuan agar tercapainya cita-cita santi semua pengorbanan yang usi berikan untuk santi tidak dapat di hitung. Terima kasih usi evvi selalu mendengar keluh kesah santi. Tidak ada yang bisa santi berikan untuk usi nanu, bu soi, usi evvi hanya doa yang selalu santi panjatkan semoga Tuhan Yesus selalu memberikan kesehatan, umur panjang dan berkat yang melimpah untuk semua. Amin...

Untuk adik tersayang

Ade chak, ade ima, ade buari terima kasih atas doa, dukungan dan kasih sayang ade bertiga untuk kaka semoga Tuhan Yesus memberikan kesehatan, umur panjang, kepintaran dan dengar-dengaran kepada ade chak, ade ima dan ade buari. Kaka sayang ade bertiga. Amin...

Untuk kamu yang sudah hadir dalam hidupku, terima kasih atas doa, kasih sayang, perhatian, dan kesabaranmu yang telah memberikanku semangat dan inspirasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, semoga engkau pilihan terbaik buatku dan masa depanku. Tuhan Yesus memberkati selalu . Amin..

Untuk Teman-teman seperjuangan di Akper Kerta Cendekia, terima kasih atas bantuan, dukungan, motivasi dan kerjasama selama ini semoga apa yang kita cita –citakan bersama untuk membahagiakan orang tua kita segera tercapai. Amin...

Dosen Pembimbing Tugas Akhir..

Ibu Faida Annisa, S.Kep.Ns.,MNS dan Ibu Marlita Dewi Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes, terima kasih atas nasehat, bimbingan, arahan dan kesabaran dalam menuntun saya dari yang tidak bisa sampai bisa. Terima kasih untuk waktu dan tenaga yang ibu berikan kepada saya, semoga Allah dapat membalas semua kebaikan ibu.

Staf Akper Kerta Cendekia

Ibu Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes dan semua staff akademik di Akper Kerta Cendekia Sidoarjo, terima kasih banyak untuk semua ilmu dan bantuan yang diberikan.

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur hanya bagi Tuhan Yesus Kristus, oleh karena anugerah-Nya yang melimpah, kemurahan dan kasih setia yang besar sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Diagnosa Medis *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra* di Ruang Bangsal 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 kami mengucapkan terima kasih kepada:

1. Tuhan yang Maha Esa yang senantiasa memberikan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah sesuai dengan waktunya.
2. Papa Lobma dan Mama Mase tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan lancar.
3. Ns. Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah mengesahkan.
4. Faida Annisa, S.Kep.Ns.,MNS selaku pembimbing I yang selalu dengan sabar memberikan bimbingan, dan perhatian serta nasehat untuk membantu penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Marlita Dewi Lestari, S.Kep.Ns., M.Kes selaku pembimbing II yang sudah memberikan bimbingan nasehat serta waktunya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Direktur RSUD Bangi Pasuruan yang telah membeikan izin kepada penulis dalam melakukan penelitian.
7. Sahabat dan teman seperjuangan yang saling mendukung.
8. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Sidoarjo, 7 Mei 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

Sampul Depan.....	i
Sampul Dalam dan Prasyarat Gelar.....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Pengesahan.....	v
Moto.....	vi
Lembar Persembahan.....	vii
Kata Pengantar.....	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Akademis.....	6
1.4.2 Praktis.....	6
1.5 Metode Penulisan.....	7
1.5.1 Metode.....	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	8
1.5.3 Sumber Data.....	8
1.5.4 Sistematika Penulisan.....	9
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
2.1 Konsep Penyakit.....	10
2.1.1 Definisi.....	10
2.1.2 Etiologi.....	11
2.1.3 Klasifikasi.....	11
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	13
2.1.5 Komplikasi.....	13
2.1.6 Dampak masalah.....	18
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	19
2.1.8 Penatalaksanaan.....	20
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	23
2.2.1 Pengkajian.....	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	30
2.2.3 Rencana Keperawatan.....	30
2.2.4 Penatalaksanaan.....	39
2.2.5 Evaluasi.....	41
2.3 Kerangka Masalah.....	43

<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>44</b>
3.1 Pengkajian.....	44
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	60
3.3 Rencana Tindakan Keperawatan.....	63
3.4 Implementasi Keperawatan.....	66
3.5 Evaluasi Keperawatan.....	71
<b>BAB 4 PEMBAHASAN.....</b>	<b>76</b>
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>86</b>
5.1 Simpulan.....	86
5.2 Saran.....	88
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>90</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>92</b>

## DAFTAR TABEL

<b>No Tabel</b>	<b>Judul Tabel</b>	<b>Hal</b>
Tabel 2.1	Intervensi Diagnosa Nyeri.....	30
Tabel 2.2	Intervensi Diagnosa Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer....	32
Tabel 2.3	Intervensi Diagnosa Kerusakan Integritas Kulit.....	34
Tabel 2.4	Intervensi Diagnosa Hambatan Mobilitas Fisik.....	35
Tabel 2.5	Intervensi Diagnosa Resiko Infeksi.....	37
Tabel 3.1	Data Penunjang Laboratorium.....	57
Tabel 3.2	Diagnosa Keperawatan.....	60
Tabel 3.3	Rencana Tindakan Keperawatan.....	63
Tabel 3.4	Implementasi Keperawatan.....	66
Tabel 3.5	Evaluasi Keperawatan.....	71

## DAFTAR GAMBAR

<b>No Gambar</b>	<b>Judul Gambar</b>	<b>Hal</b>
Gambar 2.1	Kerangka Masalah.....	43

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>No Lampiran</b>	<b>Judul Lampiran</b>	<b>Hal</b>
Lampiran 1	Satuan Acara Penyuluhan.....	92
Lampiran 2	Leaflet.....	106
Lampiran 3	Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus.....	107
Lampiran 4	Surat Balasan Pengambilan Studi Kasus.....	108
Lampiran 5	<i>Informed Consent</i> .....	109
Lampiran 6	Lembar Konsultasi Pasca Proposal.....	110

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Fraktur atau patah tulang merupakan suatu keadaan dimana terputusnya kontinuitas tulang atau tulang rawan yang di akibatkan karena adanya rudapaksa (Mansjoer, 2008). Seiring dengan meningkatnya mobilitas dan jarak tempuh, manusia memerlukan 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, 2000). Fraktur lebih sering terjadi pada orang laki-laki daripada perempuan dengan umur di bawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan atau kecelakaan. Sedangkan pada usia prevalensi cenderung lebih banyak terjadi pada wanita berhubungan dengan adanya *osteoporosis* yang terkait dengan perubahan hormon (Anonim, 2008). Fraktur *Humerus* adalah salah satu jenis fraktur yang memerlukan penanganan segera, tanpa penanganan segera dapat terjadi komplikasi kelumpuhan *nervus radial*, kerusakan *nervus brachial*, atau *median* (Smeltzer & Bare, 2002). Fenomena pada zaman dahulu yang terjadi di masyarakat, orang fraktur atau patah tulang tidak harus dibawa ke rumah sakit terlebih dahulu, tetapi yang sering kita jumpai di masyarakat fraktur atau patah tulang dibawah ke sangkal putung. Sehingga fenomena di masyarakat sampai sekarang sering kita jumpai jika fraktur atau patah tulang sering di bawah ke sangkal putung (Mulyono, 2006, dikutip oleh Sari, 2013). Menurut sudut pandang medis,

penyembuhan pada sangkal putung adalah penyembuhan alamiah, tetapi hanya sampai pada tahap yang penting tulangnya tersambung saja. Fungsi normal mungkin saja bisa tercapai jika patah tulangnya sederhana. Patah tulang kompleks kemungkinan bisa sembuh dengan sisa kecacatan. Mengenai sangkal putung, para ahli medis memahami bahwa pada dasarnya tulang itu bisa sembuh sendiri namun tetap membutuhkan para ahli dalam penanganan tersebut agar posisi penyambungannya benar. Misalnya dengan rontgen sehingga dapat mengetahui posisi persis penyambungan agar tidak terjadi kesalahan akan penyambungan yang dapat mengakibatkan efek seperti nyeri, infeksi dan sebagainya (Dhanny, 2011 dikutip oleh Dekrit Gampamole Internis, 2014)

Badan Kesehatan dunia (WHO) mencatat di tahun 2011 terdapat lebih dari 5,6 juta orang meninggal dikarenakan insiden kecelakaan dan sekitar 1,3 juta orang mengalami kecacatan fisik. Salah satu insiden kecelakaan yang memiliki prevalensi cukup tinggi yakni insiden fraktur ekstermitas bawah yakni sekitar 46,2% dari insiden kecelakaan yang terjadi. Insiden fraktur di USA diperkirakan menimpa satu orang pada 10.000 populasi setiap tahunnya (Armis, 2010). Kejadian fraktur yang dilaporkan Depkes RI (2009) Menunjukkan bahwa sekitar 8 juta orang mengalami kejadian fraktur dengan jenis fraktur yang berbeda dan penyebab yang berbeda. Hasil survey tim Depkes RI didapatkan 25% penderita fraktur mengalami kematian, 45% mengalami cacat fisik, 15% mengalami stress psikologis karena cemas bahkan depresi, dan 10% mengalami kesembuhan dengan baik. Insiden fraktur di Indonesia 5,5% dengan rentang setiap provinsi antara 2,2% sampai 9% Secara keseluruhan, kejadian fraktur di Indonesia sekitar 1,3 juta jiwa setiap tahunnya dengan jumlah penduduk 238 juta

jiwa, kejadian ini merupakan angka terbesar di Asia Tenggara (Ropyanto, 2011). Menurut data riskesdas tahun 2015 penyebab Cidera terbanyak yaitu jatuh (40,9%) dan kecelakaan sepeda motor (40,6%) (Riskesdas 2015). Di provinsi Jawa Timur pada tahun 2009 didapatkan sekitar 2,700 orang mengalami insiden fraktur, 56% penderita mengalami kecacatan fisik, 24% mengalami kematian, 15% mengalami kesembuhan dan 5% mengalami gangguan psikologis atau depresi terhadap kejadian fraktur. Berdasarkan survey awal yang dilakukan oleh peneliti di dapatkan bahwa total penderita fraktur yang di rawat di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan pada bulan Januari sampai dengan Agustus 2016 berjumlah 551 orang yang terdiri dari laki-laki sejumlah 314 orang dan perempuan sejumlah 237 orang. Jumlah kejadian fraktur Humerus di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan dalam 6 bulan terakhir 2017 yaitu dengan jumlah 50 orang (Rekam Medik RSUD Bangil,2017).

Fraktur di sebabkan oleh beberapa penyebab seperti adanya trauma tumpul maupun terbuka, penekanan, penekuan, dll. Manifestasi klinis fraktur yaitu hilangnya fungsi anggota gerak, nyeri pembengkakan dan deformitas akibat pergeseran fragmen tulang, krepitasi akibat gesekan antar fragmen satu dengan lainnya. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada daerah fraktur akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Kehilangan fungsi tubuh permanen merupakan kondisi yang di takutkan pasien fraktur (Smeltzer,2002). Komplikasi awal yang dapat terjadi pada fraktur yaitu kerusakan arteri terjadi karena trauma, *compartment syndrome* terjadi karena terjebaknya otot, tulang saraf dan pembuluh darah dalam jaringan perut, *Fat Embolism syndrome* terjadi karena sel sel lemak yang dihasilkan *bone marrow* kuning masuk ke aliran darah

sehingga menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah, infeksi terjadi karena sistem pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan, Avaskuler Nekrosis terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu sehingga dapat menyebabkan nekrosis tulang, dan *shock* terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigen sehingga dapat menyebabkan kematian (Brunner dan Suddarth,2002).

Untuk mencegah terjadinya fraktur dapat dilakukan dengan upaya preventif dengan menghindari terjadinya trauma, 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. Sedangkan upaya kuratif adalah perawat secara mandiri dapat merawat luka steril setelah dilakukan pembedahan, mengajarkan manajemen nyeri kepada pasien dan keluarga tentang nyeri yang dialami oleh pasien akibat teknik pembedahan dengan memberikan penyuluhan tentang teknik relaksasi nafas dalam, perawat dapat menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap, serta berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat analgesik untuk menghilangkan nyeri, pemberian terapi obat antibiotik untuk mencegah kelanjutan terjadinya infeksi, melakukan fiksasi dengan gips atau spalk sebelum pembedahan serta pemasangan plat dan wire pada saat pembedahan. Pada upaya rehabilitatif, yaitu dengan memberikan *Health Education* (pendidikan kesehatan) Tentang pencegahan infeksi lebih lanjut dengan pemberian antibiotik dan rawat luka steril setelah dilakukan pembedahan, menganjurkan untuk kontrol secara rutin untuk melihat

perkembangan tulang setelah pembedahan, menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi protein dan kalsium untuk mempercepat regenerasi tulang, menganjurkan pasien untuk mengikuti program olahraga (di bawah bimbingan seorang terapis atau dokter) serta latihan dalam air untuk mengurangi beban kerja otot, serta memotivasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap (Asmadi, 2008).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis *post operative closed fracture humerus sinistra* di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan ?.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis *post operative closed fracture humerus sinistra* di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

#### **1.3.2.1. Melakukan pengkajian pada Tn. S dengan diagnosa medis *post***

*operative closed fracture humerus sinistra* di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

#### **1.3.2.2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa**

medis *post operative closed fracture humerus sinistra* di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

- 1.3.2.3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis *post operative closed fracture humerus sinistra* di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan
- 1.3.2.4. Melakukan tindakan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis *post operative closed fracture humerus sinistra* di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan
- 1.3.2.5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis *post operative closed fracture humerus sinistra* di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan
- 1.3.2.6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis *post operative closed fracture humerus sinistra* di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

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

##### 1.4.1 Secara akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa *post operative closed fracture humerus sinistra* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

##### 1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

###### 1.4.2.1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasi studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa *post operative closed fracture humerus sinistra* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

#### 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 diagnosa medis *post operative closed fracture humerus sinistra* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

#### 1.4.2.3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis *post operative closed fracture humerus sinistra* di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

### **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 kepada klien.

### 1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa 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 medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

### 1.5.3.3 Studi kepustakaan

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

#### 1.5.4 Sitematika penulisan

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

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

1.5.4.2 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 medis *post operative closed fracture humerus sinistra* serta kerangka masalah

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

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

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.5.4.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada Fraktur. Konsep penyakit akan diuraikan defenisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Fraktur dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **2.1. Konsep Fraktur**

##### **2.1.1. Definisi**

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Nurarif, 2015).

*Post Operative Closed Fracture* adalah pasca operasi patah tulang tertutup atau patah tulang yang tidak menyebabkan robeknya kulit (Smeltzer & Bare, 2002).

*Fracture Humerus Sinistra* adalah fraktur pada tulang humerus atau tulang lengan atas sebelah kiri yang di sebabkan oleh benturan atau trauma langsung maupun tidak langsung (de Jong, 2010).

### 2.1.2 Etiologi

2.1.2.1. Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patah melintang atau miring.

2.1.2.2. Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat terjadinya kekerasan. Yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran faktor kekerasan.

2.1.2.3. Kekerasan akibat tarikan otot patah tulang akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan dan penekanan, kombinasi dari ketiganya, dan penarikan.

2.1.2.4. Fraktur patologik yaitu fraktur yang terjadi pada tulang disebabkan oleh melelehnya struktur tulang akibat proses patologik. Proses patologik dapat disebabkan oleh kurangnya zat-zat nutrisi seperti vitamin D, kalsium, fosfor, ferum. Factor lain yang menyebabkan proses patologik adalah akibat dari proses penyembuhan yang lambat pada penyembuhan fraktur atau dapat terjadi akibat keganasan (Aimul, 2008, di kutib oleh Jfikriamrullah,2013).

### 2.1.3. Klasifikasi Fraktur

Menurut Chairuddin (2003), Fraktur diklasifikasikan, sebagai berikut:

#### 2.1.3.1. Klasifikasi Etiologis :

- 1) Fraktur traumatic
- 2) Fraktur patologis terjadi pada tulang adanya kelainan / penyakit yang menyebabkan kelemahan pada tulang (infeksi, tumor, kelainan bawaan) dan dapat terjadi secara spontan atau akibat

terjadi trauma jaringan.

- 3) Fraktur stres terjadi karena adanya stres yang kecil yang berulang-ulang pada daerah tulang yang menopang berat badan. Fraktur stres jarang sekali di temukan pada anggota gerak atas.

#### 2.1.3.2. Klasifikasi Klinis :

- 1) Fraktur tertutup (*closed*) bila tidak terdapat hubungan antar fragmen tulang dengan dunia luar.
- 2) Fraktur terbuka (*open*) bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan di kulit.
- 3) Fraktur dengan komplikasi, misal malunion, delayed, union, nonunion, infeksi tulang.

#### 2.1.3.3. Jenis klasifikasi fraktur terbagi menjadi dua bagian :

- 1) Fraktur komplet adalah patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran (bergeser dari posisi normal).
- 2) Fraktur tidak komplet adalah patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang.
- 3) Fraktur tertutup ( fraktur simpel ) tidak menyebabkan robeknya kulit.
- 4) Fraktur terbuka (fraktur komplikatan/kompleks) merupakan fraktur dengan luka ada pada kulit atau membran mukosa sampai ke patahan tulang.

#### 2.1.4. Manifestasi Klinis

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

2.1.4.1. Tidak dapat menggunakan anggota gerak.

2.1.4.2. Nyeri pembengkakan.

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

2.1.4.4. Gangguan fungsional anggota gerak

2.1.4.5. Deformitas.

2.1.4.6. Kelainan gerak.

2.1.4.7. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada daerah fraktur.

2.1.4.8. Krepitasi atau datang dengan gejala-gejala lain.

#### 2.1.5. Komplikasi

##### 2.1.5.1. Komplikasi awal

Berdasarkan Brunner dan Suddarth (2002), beberapa komplikasi awal yang dapat terjadi pada kondisi fraktur, antara lain :

##### 1) Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, cyanosis bagian distal, hematoma yang lebar, dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

## 2) *Compartment Syndrome*

*Compartment Syndrome* merupakan komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut. Ini disebabkan oleh oedema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah. Selain itu karena tekanan dari luar seperti gips dan embebatan yang terlalu kuat.

## 3) *Fat Embolism Syndrom*

*Fat Embolism Syndrom (FES)* adalah komplikasi serius yang sering terjadi pada kasus fraktur tulang panjang. FES terjadi karena sel lemak yang dihasilkan bone marrow kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah yang ditandai dengan gangguan pernafasan, tachykardi, hipertensi, takipnea, demam.

## 4) Infeksi

Sistem pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma orthopedic infeksi dimulai pada kulit (superficial) dan masuk ke dalam. Ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin dan plat.

#### 5) Avaskuler Nekrosis.

Nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya *Volkman's Ischemia*.

#### 6) *Shock*

*Shock* terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Ini biasanya terjadi pada fraktur.

#### 2.1.5.2. Komplikasi Dalam Waktu Lama

Beberapa komplikasi dalam waktu lama yang dapat terjadi pada fraktur, antara lain (Brunner dan Suddart, 2002) :

##### 1) *Delayed Union*

*Delayed Union* merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang.

##### 2) *Nonunion*

*Nonunion*, merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat, dan stabil setelah 6-9 bulan. *Nonunion* ditandai dengan adanya pergerakan yang berlebih pada sisi fraktur yang membentuk sendi palsu atau pseudoarthrosis. Ini juga disebabkan karena aliran darah yang kurang.

### 3) *Malunion*

*Malunion* merupakan penyembuhan tulang ditandai dengan meningkatnya tingkat kekuatan dan perubahan bentuk (deformitas).

*Malunion* dilakukan dengan pembedahan dan reimobilisasi yang baik.

#### 2.1.5.3. Teori / Konsep Fraktur Humerus

Fraktur Humerus adalah diskontinuitas atau hilangnya struktur dari tulang humerus yang di sebabkan oleh benturan atau trauma langsung maupun tidak langsung (Mansjoer, Arif, 2000).

Fraktur Humerus adalah diskontinuitas atau hilangnya struktur dari tulang humerus yang terbagi atas :

##### 1. Fraktur Kolum Humerus

Fraktur ini dapat terjadi pada kolum anatomikum (terletak di bawah kaput humeri).

##### 2. Fraktur Batang Humerus

Fraktur ini di sebabkan oleh trauma langsung yang mengakibatkan fraktur transversal atau gaya memutar tak langsung yang mengakibatkan fraktur spiral (fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi).

##### 3. Fraktur Suprakondiler Humerus

Jenis fraktur ini dapat dibedakan menjadi :

1. Jenis ekstensi yang terjadi karena trauma langsung pada humerus distal melalui benturan pada siku dan lengan bawah pada posisi supinasi dan lengan siku dalam posisi ekstensi dengan tangan terfiksasi.
2. Jenis fleksi pada anak biasanya terjadi akibat jatuh pada telapak tangan dengan tangan dan lengan bawah dalam posisi pronasi dan siku dalam posisi sedikit fleksi.

#### 4. Fraktur Interkondiler Humerus

Fraktur yang sering terjadi pada anak adalah fraktur kondiler lateralis dan fraktur kondiler medialis humerus.

Menurut Reksoprojo (2010) Fraktur Humerus disebabkan oleh trauma di mana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang. Trauma ada 2 jenis yaitu :

- (1). Trauma langsung yaitu terjadi benturan pada tulang yang mengakibatkan fraktur di tempat itu.
- (2). Trauma tidak langsung yaitu terjadi benturan pada tulang dan titik tumpu benturan dengan terjadinya fraktur berjauhan.

Tekanan pada tulang dapat berupa :

- (1). Tekanan berputar yang menyebabkan fraktur bersifat oblik atau spiral.
- (2). Tekanan membengkok yang menyebabkan fraktur transversal.
- (3). Tekanan sepanjang aksis tulang yang dapat menyebabkan fraktur impaksi, dislokasi, atau fraktur dislokasi.

- (4). Kompresi vertikal yang menyebabkan fraktur kominitif atau memecah.
- (5). Trauma oleh karena remuk.
- (6). Trauma karena tarikan pada ligament atau tendon akan menarik sebagian tulang.

#### 2.1.6. Dampak Masalah

Ditinjau dari anatomi dan patofisiologi diatas, masalah klien yang mungkin timbul terjadi merupakan respon terhadap klien terhadap penyakitnya. Akibat fraktur terutama pada fraktur akan menimbulkan dampak baik terhadap klien sendiri maupun keadaan keluarganya.

##### 2.1.6.1 Biologis

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

##### 2.1.6.2. Psikologis

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

#### 2.1.6.3. Sosial

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 sendiri seperti biasanya.

#### 2.1.6.4. Spiritual

Klien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinannya baik dalam jumlah ataupun dalam beribadah yang diakibatkan karena rasa nyeri dan ketidakmampuannya.

#### 2.1.6.5. Terhadap Keluarga

Masalah yang timbul pada keluarga dengan salah satu anggota keluarganya terkena fraktur adalah timbulnya kecemasan akan keadaan klien, apakah nanti akan timbul kecacatan atau akan sembuh total. Koping yang tidak efektif bisa ditempuh keluarga, untuk itu peran perawat disini sangat vital dalam memberikan penjelasan terhadap keluarga. Selain itu, keluarga harus bisa menanggung semua biaya perawatan dan operasi klien. Hal ini tentunya menambah beban bagi keluarga (Syamsul, 2010 dikutip oleh Regina 2014).

#### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang :

2.1.7.1. X-ray menentukan lokasi/luasnya fraktur.

2.1.7.2. Scan tulang: memperlihatkan fraktur yang lebih jelas, mengidentifikasi letak jaringan lunak.

2.1.7.3. Arteriogram: dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan.

2.1.7.4. Hitung darah lengkap : Hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan, peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan.

2.1.7.5. Kreatinin : Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.

2.1.7.6. Profil koagolis : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah tranfusi atau cedera hati (Nurarif dan Kusuma, 2015).

2.1.8 Penatalaksanaan :

2.1.8.1. Reduksi fraktur mengembangkan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, mengembangkan fragmen tulang ke posisinya (ujung – ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Alat yang digunakan biasanya traksi, bidai dan alat lainnya. Reduksi terbuka, dengan pendekatan bedah alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, skrup, plat, paku.

2.1.8.2. Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode externa dan interna mempertahankan dan mengembalikan fungsi status neorovaskuler selalu di pantau meliputi peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan, perkiraan imobilisasi yang dibutuhkan untuk penyatuan

tulang yang mengalami fraktur adalah sekitar 3 bulan (Nurarif, 2015).

2.1.8.3 Graft tulang : Penggantian jaringan tulang (graft autolog maupun heterolog) untuk memperbaiki penyembuhan, untuk menstabilisasi atau mengganti tulang yang berpenyakit.

2.1.8.4 Amputasi : Penghilangan bagian tubuh.

2.1.8.5 Artroplasti : Memperbaiki masalah sendi dengan artroskop (suatu alat yang memungkinkan ahli bedah mengoperasi dalamnya sendi tanpa irisan yang besar) atau melalui pembedahan sendi terbuka.

2.1.8.6 Manisektomi : eksisi fibrokartilago sendi yang telah rusak.

2.1.8.7 Penggantian sendi : penggantian permukaan sendi dengan bahan logam atau sintetis.

2.1.8.8 Penggantian sendi total : penggantian kedua permukaan artikuler dalam sendi dengan logam atau sintetis.

2.1.8.9 Fasiotomi : pemotongan fasia otot untuk menghilangkan konstiksi otot atau mengurangi kontraktur fasia (Hocenberry, 2009, dikutip oleh Hamdan, 2013).

2.1.8.10 Tahapan proses penyembuhan

1) Tahap 1 : Peradangan (*Inflammation*)

Tindakan pembedahan fraktur akan menimbulkan perdarahan

sekecil apapun itu dan membuat jaringan di sekitarnya meradang yang di tandai dengan bengkak, memerah dan teraba hangat serta tentunya terasa sakit.

Tahap ini dimulai pada hari ketika patah tulang terjadi dan berlangsung sekitar 2 sampai 3 minggu.

2) Tahap 2 : Pembentukan kalus halus (*soft callus*)

Antara 2 sampai 3 minggu setelah pembedahan, rasa sakit dan pembengkakan akan mulai sedikit hilang. Pada tahap penyembuhan patah tulang ini, terbentuk kalus yang halus di kedua ujung tulang yang patah sebagai cikal bakal menjembatani penyambungan tulang, namun kalus ini belum dapat terlihat melalui ronsen. Tahap ini biasanya berlangsung hingga 4 sampai 8 minggu setelah pembedahan.

3) Tahap 3 : Pembentukan kalus keras (*Hard callus*)

Antara 4 sampai 8 minggu, tulang mulai baru mulai menjembatani fraktur (*soft callus* berubah menjadi *hard callus*) dan dapat dilihat pada x-ray atau ronsen. Dengan waktu 8 sampai 12 minggu setelah pembedahan, tulang baru telah mengisi fraktur.

4) Tahap 4 : *Remodeling* Tulang

Dimulai sekitar 8 sampai 12 minggu setelah pembedahan, sisi fraktur mengalami *remodeling* (memperbaiki atau merombak diri)

memperbaiki setiap cacat yang mungkin tetap sebagai akibat dari cedera. Ini tahap akhir yang dapat bertahan hingga beberapa tahun. Tingkat penyembuhan dan kemampuan untuk merombak (*remodeling*) pada tulang yang patah bervariasi untuk setiap orang dan tergantung pada usia, kesehatan, jenis fraktur, dan tulang yang terlibat. Misalnya, anak-anak mampu menyembuh dan merombak fraktur mereka jauh lebih cepat daripada orang dewasa (Rasjad, Chairuddin, 2007).

## **2.2. Konsep Asuhan Keperawatan**

### 2.2.1 Pengkajian

Proses keperawatan dalam mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan klien, baik fisik, mental, social dan lingkungan.

#### 2.2.1.1 Pengumpulan data

##### 1) Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, suku, agama, tempat tinggal, pekerjaan, dan pendidikan. Pada umumnya fraktur terjadi pada laki-laki dengan usia 20 – 40 tahun rentan terjadi fraktur. Pada penderita fraktur, umur menjadi pengaruh dalam proses penyembuhan fraktur, akan semakin lama karena saat usia tua tulang tidak bergenerasi lagi. Pekerjaan juga menjadi pengaruh utama pada fraktur mengingat fraktur paling sering

disebabkan karena kecelakaan.

2) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus *post operative fracture* adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut terjadi karena pemasangan traksi / tindakan pembedahan.

3) Riwayat penyakit sekarang

Pada klien fraktur / patah tulang nyeri dapat disebabkan karena tindakan pembedahan. Untuk memperoleh pengkajin yang lengkap tentang rasa nyeri klien yaitu dengan pengkajian PQRST:

(1). *Provoking Incident* : Faktor nyeri yaitu akibat tindakan pembedahan.

(2). *Quality of Pain* : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah nyerinya seperti terbakar, berdenyut atau menusuk.

(3). *Region* : Apakah nyeri menjalar atau menyebar, dan seberapa jauh penyebarannya, dan samapi dimana rasa sakit terjadi.

(4). *Severity (Scale) of Pain* : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, dapat di ukur dengan menggunakan skala nyeri 1-

10 yaitu :

Tipe nyeri :

10 : Nyeri sangat berat

7-9 : Tipe nyeri berat

4-6 : Tipe nyeri sedang

1-3 : Tipe nyeri ringan

Skala intensitas nyeri

0 : Tidak ada nyeri

1 : Nyeri seperti gatal, tersetrum atau nyut – nyutan

2 : Nyeri seperti melilit atau terpukul

3 : Nyeri seperti perih atau mules

4 : Nyeri seperti kram dan kaku

5 : Nyeri seperti tertekan atau bergerak

6 : Nyeri seperti terbakar atau ditusuk

7, 8, 9 : Sangat nyeri tetapi dapat dikontrol oleh klien dengan aktifitas yang bisa dilakukan.

10 : Sangat dan tidak dapat di kontrol oleh klien

(Saduran dari Fundamental of Nursing, Sudiharto).

(5) *Time* : kapan nyeri itu timbul, dan berapa lama nyeri berlangsung, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

(4) Riwayat penyakit dahulu

Pada klien fraktur / patah tulang dapat disebabkan oleh trauma atau kecelakaan, degeneratif dan patologi. Pernah mengalami kejadian patah tulang atau tidak sebelumnya dan ada atau tidaknya klien mengalami pembedahan perbaikan dan pernah menderita osteoporosis sebelumnya.

5) Riwayat penyakit keluarga

Pada keluarga klien ada atau tidak yang menderita osteoporosis *Arthritis* dan tuberkolosis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular.

6) Pemeriksaan fisik

Berdasarkan B1 - B6

(1) B1 (Breathing)

Inspeksi : Tidak ada perubahan yang menonjol seperti bentuk dada ada tidaknya sesak nafas, pernafasan cuping hidung, dan pengembangan paru antara kanan dan kiri simetris.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, gerakan vokal fremitus antara kanan dan kiri sama.

Perkusi : Bunyi paru resonan

Auskultasi : Suara nafas vesikuler tidak ada suara tambahan seperti wheezing atau ronchi

(2) B2 (*Blood*)

Inspeksi : Kulit dan membran mukosa pucat.

Palpasi : Tidak ada peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, tidak ada peningkatan JVP, CRT menurun >3detik

Perkusi : Bunyi jantung pekak

Auskultasi : Tekanan darah normal atau hipertensi

(kadang terlihat sebagai respon nyeri), bunyi jantung 1 dan II terdengar lupdup tidak ada suara tambahan seperti mur mur atau gallop.

(3) B3 (*Brain*)

Inspeksi : Mengkaji kesadaran dengan nilai GCS, tidak ada kejang, tidak ada kelainan nervus cranialis.

Palpasi : Tidak ada nyeri kepala

(4) B4 (*Bladder*)

Inspeksi : Pada miksi klien tidak mengalami gangguan, warna urin jernih, buang air kecil 3-4 x/hari.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih

(5) B5 (*Bowel*)

Inspeksi : Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, keadaan abdomen normal tidak asites.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan atau massa pada abdomen.

Perkusi : Normal suara tympani

Auskultasi : Peristaltik normal

(6) B6 (*Musculoskeletal*)

Inspeksi : Aktivitas dan latihan mengalami perubahan atau gangguan dari *post operative closed fracture humerus sinistra* sehingga kebutuhan perluh dibantu baik oleh perawat atau keluarga, misalnya kebutuhan sehari-hari, mandi, BAB, BAK dilakukan diatas tempat tidur. Pada area luka beresiko tinggi terhadap infeksi, sehingga tampak diperban atau dibalut. Tidak ada perubahan yang menonjol pada sistem integumen seperti warna kulit, adanya jaringan parut atau lesi, adanya

perdarahan, adanya pembengkakan, tekstur kulit kasar dan suhu kulit hangat serta kulit kotor.

Palpasi : Adanya nyeri, kekuatan otot pada area fraktur mengalami perubahan akibat kerusakan rangka neuromuscular, mengalami deformitas pada daerah trauma, ROM menurun yaitu mengkaji dengan skala ROM :

(1) Skala 0 : Paralisis total

(2) Skala 1 : Tidak ada gerakan, teraba atau terlihat adanya kontraksi otot.

(3) Skala 2 : Gerakan otot penuh menentang gravitasi dengan sokongan.

(4) Skala 3 : Gerakan normal menentang gravitasi

(5) Skala 4 : Gerakan normal menentang gravitasi dengan sedikit tahanan.

(6) Skala 5 : Gerakan normal penuh menentang gravitasi dengan tahanan penuh.

(7) B7 (Penginderaan)

Inspeksi : Pada mata terdapat gangguan seperti konjungtiva anemis (jika terjadi perdarahan), pergerakan bola mata normal

pupil isokor.

(8) B8 (Endokrin)

Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis.

## 2.2.2. Diagnosa keperawatan

2.2.2.1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative closed fracture humerus sinistra*

2.2.2.2. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplai darah ke jaringan menurun.

2.2.2.3. Kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative closed fracture humerus sinistra*

2.2.2.4. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

2.2.2.5. resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, (pemasangan traksi) (Nurarif, 2015).

## 2.2.3. Rencana keperawatan

2.2.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative closed fracture humerus sinistra*.

Tabel 2.1 : Intervensi diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan

trauma jaringan, *post operative closed fracture humerus sinistra*.

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan nyeri akut teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).</p> <p>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.</p>	<p>1. Beri penjelasan pada klien dan keluarga tentang penyebab nyeri.</p> <p>2. Kaji tingkat nyeri pada klien (lokasi, karakteristik dan durasi) serta respon verbal dan non verbal pada klien yang mengisyaratkan nyeri.</p> <p>3. Ajarkan pada klien cara mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi.</p>	<p>1. Dengan memberikan penjelasan diharapkan klien tidak merasa cemas dan dapat melakukan sesuatu yang dapat mengurangi nyeri.</p> <p>2. Mengevaluasi tingkat nyeri klien dapat mendeteksi gejala dini yang timbul sehingga perawat dapat memilih tindakan keperawatan selanjutnya serta mengkaji respon verbal dan non verbal klien dapat diketahui intervensi kita berhasil atau tidak.</p> <p>3. Teknik nafas dalam dan mengalihkan nyeri mampu menstimulus otak terhadap nyeri sehingga mengurangi nyeri.</p>

	<p>4. Pertahankan immobilisasi / <i>bedrest</i> karena adanya trauma / patah tulang / pemasangan traksi</p> <p>5. Observasi tanda-tanda vital.</p> <p>6. Lakukan kolaborasi dalam pemberian obat sesuai dengan yang di indikasikan yaitu analgesik dan pelemas otot.</p>	<p>4. Immobilisasi / <i>bedrest</i> dapat meringankan nyeri dan mencegah <i>displacement</i> tulang / eksistensi jaringan luka.</p> <p>5. Observasi tanda - tanda vital dapat diketahui keadaan umum klien.</p> <p>6. Obat analgesik diharapkan dapat mengurangi nyeri dan obat pelemas otot diharapkan dapat melemaskan otot.</p>
--	--	--

#### 2.2.3.2 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplai

darah ke jaringan menurun.

Tabel 2.2 : Intervensi diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

berhubungan dengan suplai darah ke jaringan menurun.

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer di harapkan masalah teratasi.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Tekanan <i>systole</i> dan <i>diastole</i> dalam rentang yang diharapkan.</p> <p>2. Tidak ortostatik Hipertensi ortostatik.</p> <p>3. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakanial (tidak lebih dari 15 mmHg).</p>	<p>1. Kaji secara kompherensi sirkulasi perifer.</p> <p>2. Evaluasi nadi perifer dan edema.</p> <p>3. Evaluasi anggota badan atau lebih.</p> <p>4. Ubah posisi pasien setiap 2 jam sekali.</p> <p>5. Dorong latihan ROM sebelum <i>bedrest</i>.</p> <p>6. Kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian anti platelet atau anti perdarahan.</p>	<p>1. Sirkulasi perifer dapat menunjukan tingkat keparahan penyakit.</p> <p>2. Pulsasi yang lemah menimbulkan kardiak output menurun.</p> <p>3. Untuk meningkatkan <i>venous return</i>.</p> <p>4. Mencegah komplikasi dekubitus.</p> <p>5. Menggerakkan otot dan sendi agar tidak kaku.</p> <p>6. Meminimalkan adanya bekuan dalam darah.</p>

### 2.2.3.3 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative*

*closed fracture humerus sinistra.*

Tabel 2.3: Intervensi diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan

*luka post operative closed fracture humerus sinistra.*

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan kerusakan integritas kulit masalah teratasi.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Integritas kulit yang baik</p> <p>Bisa di pertahankan (sensasi, astisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) tidak ada luka/lesi pada kulit.</p> <p>2. Menunjukkan Pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang</p> <p>3. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan kulit</p>	<p>1. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>2. Hindari kerutan pada tempat tidur, ganti seprei setiap hari</p> <p>3. Jaga kebersihan kulit yang luka agar tetap bersih dan kering</p> <p>4. Monitor aktivitas dan mobilisasi</p> <p>5. Monitor kulit akan adanya oedema dan kemerahan</p> <p>6. Anjurkan klien untuk melakukan gerak aktif sedikit demi sedikit</p>	<p>1. Nyaman saat di gerakkan dan luka tidak tertekan.</p> <p>2. Memberikan posisi yang nyaman</p> <p>3. Menjaga kebersihan kulit untuk menghindari adanya infeksi</p> <p>4. Mengetahui tingkat mobilisasi klien</p> <p>5. Menghindari adanya infeksi dan perubahan perfusi jaringan</p> <p>6. Mempertahankan kekuatan otot serta meningkatkan sirkulasi</p>

2.2.3.4 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

Tabel 2.4 : Intervensi diagnosa Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan hambatan mobilitas fisik teratasi.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1.Klien meningkat dalam aktivitas fisik.</p> <p>2.Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas.</p> <p>3.Memverbalisasikan Perasaan dalam meningkat kekuatan dan kemampuan berpindah.</p> <p>4.Mempergerakan penggunaan alat.</p>	<p>1. Observasi keterbatasan gerak klien dan cacat respon klien terhadap immobilisasi.</p> <p>2. Anjurkan klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas dan pertahankan stimulasi lingkungan antara lain TV, Radio dan surat kabar.</p>	<p>1. Dengan observasi dapat diketahui seberapa jauh tingkat perubahan fisik klien (keterbatasan gerak) dan bagaimana respon / persepsi klien tentang gambaran dirinya.</p> <p>2.Dapat memberi kesempatan pasien untuk mengeluarkan energi, memfokuskan perhatian, meningkatkan rangsangan kontrol diri pasien dan membantu</p>

<p>5. Bantu untuk mobilisasi.</p>	<p>3. Ajarkan pada klien untuk berlatih secara aktif/pasif dari latihan ROM.</p> <p>4. Monitor tekanan darah dan catat masalah sakit kepala.</p> <p>5. Konsultasikan dengan ahli terapi fisik / spesialis, rehabilitasi.</p>	<p>dalam menurunkan isolasi sosial.</p> <p>3. Dapat menambah aliran darah ke otot dan tulang melakukan gerakan sendi dapat mencegah kontraktur.</p> <p>4. Hipertensi postural adalah masalah umum yang mengurangi <i>bedrest</i> lama dan memerlukan tindakan khusus.</p> <p>5. Konsultasi dengan ahli terapi / spesialis rehabilitasi dapat menciptakan program aktivitas dan latihan individu.</p>
-----------------------------------	--	--

2.2.3.5 Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, (pemasangan traksi).

Tabel 2.5 : Intervensi diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, (pemasangan traksi).

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan resiko infeksi teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1.Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</p> <p>2.Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi serta penatalaksanaan.</p> <p>3.Menunjukkan kemampuan untuk mengatasi timbulnya infeksi.</p> <p>4. Jumlah leukosit dalam batas normal.</p> <p>5 .Menunjukkan perilaku hidup sehat.</p>	<p>1. Kaji keadaan luka (kontinuitas dari kulit) terhadap adanya: edema, rubor, kalor, dolor, fungsi laesa.</p> <p>2. Anjurkan klien untuk tidak memegang bagian yang luka.</p> <p>3.Merawat luka dengan menggunakan teknik aseptik.</p> <p>4.Mewaspadai adanya keluhan nyeri mendadak, keterbatasan gerak, edema lokal, eritema pada daerah luka.</p>	<p>1. Untuk mengetahui tanda - tanda infeksi.</p> <p>2.Meminimalkan terjadinya kontaminasi.</p> <p>3.Mencegah kontaminasi dan kemungkinan infeksi silang.</p> <p>4.Merupakan indikasi adanya osteomilitus.</p>

	<p>5.Kolaborasi:</p> <p>Pemeriksaan darah : Leukosit Pemberian obat-obatan antibiotika dan TT (Toksoid Tetanus). Persiapan untuk operasi sesuai indikasi.</p>	<p>5. Leukosit yang meningkat artinya sudah terjadi proses infeksi. Untuk mencegah kelanjutan terjadinya infeksi dan pencegahan tetanus. Mempercepat proses penyembuhan luka dan pencegahan peningkatan infeksi.</p>
--	---	--

(Doenges,2009), (Nurarif dan Kusuma, 2015).

#### 2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah suatu tindakan pelaksanaan dari rencana yang sudah dibuat untuk proses penyembuhan klien selama klien di rawat di rumah sakit. Setiap tindakan yang di berikan dan rencana tindakan harus di beri tanggal, waktu dan paraf (Doengas,2009).

Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative closed fracture humerus sinistra*, selama 2 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan dengan melakukan bina hubungan saling percaya kepada pasien dan keluarga, mengobservasi tanda-tanda vital pasien, mengkaji tingkat intensitas dan frekuensi nyeri, menjelaskan kepada klien tentang penyebab nyeri, melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik.

Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah selama 2 x 24 jam dilakukan kegiatan seperti mengkaji tanda - tanda vital klien, mengkaji secara komprehensif sirkulasi perifer, mengevaluasi nadi perifer dan edema, menganjurkan kepada klien untuk mengubah posisis pasien setiap 2 jam sekali, menganjurkan untuk latihan ROM sebelum *bedrest*, kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian anti platelet atau anti perdarahan.

Pada diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative closed fracture humerus sinistra*, selama 2 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa mengkaji kulit pada tahap perkembangan luka, mengkaji lokasi, ukuran, warna, bau, serta jumlah dan tipe cairan luka, memantau peningkatan suhu tubuh, memberikan perawatan luka dengan teknik

aseptik, membalut luka dengan kasa kering dan steril, jika pemulihan tidak terjadi kolaborasi tindakan lanjutan, misalnya *debridement*, setelah debridement, mengganti balutan sesuai kebutuhan, melakukan kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi.

Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri / ketidaknyamanan, kerusakan *musculoskeletal*, fraktur, selama 2 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa mengkaji derajat imobilitas yang dihasilkan oleh cedera / pengobatan dan perhatikan persepsi pasien terhadap imobilisasi, mengajarkan dan memberi dukungan pada pasien dalam latihan ROM aktif dan pasif, melakukan pemantauan pada pasien dalam hal penggunaan alat bantu, memberikan/membantu pasien dalam mobilisasi dengan kursi roda, tongkat segera mungkin, melakukan kolaborasi dengan ahli terapi fisik / okupasi dan / spesialis rehabilitasi.

Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat trauma, selama 2 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa memantau tanda-tanda vital, melakukan perawatan luka dengan teknik *aseptic* melakukan perawatan terhadap prosedur inpasif seperti *infuse*, kateter, drainase luka, dan lain-lain, jika ditemukan tanda infeksi lakukan kolaborasi untuk pemeriksaan darah, seperti Hb dan leukosit, berkolaborasi untuk pemberian *antibiotic*.

Pada diagnosa resiko syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan terus menerus akibat luka terbuka, selama 2 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa memantau dan catat kehilangan darah pada pasien (jumlah, warna), memantau adanya peningkatan denyut nadi dan penurunan

tekanan darah, memantau jumlah urin, memantau terjadinya penurunan kesadaran dan pasien tampak haus, melakukan kolaborasi dengan tim medis lain pemeriksaan laboratorium, terutama penurunan Hb dan HT.

#### 2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu hasil akhir dari perkembangan klien pada setiap tindakan yang sudah di rencanakan. Dan klien sudah mengalami perubahan terhadap diri yang di rasakan (Doenges, 2009).

Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan trauma jaringan, *post operative closed fracture humerus sinistra*, selama 2 x 24 jam diharapkan skala nyeri berkurang skala 1 - 3, wajah tampak rileks.

Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan suplai darah selama 2 x 24 jam tekanan *systole* dan *diastole* dalam batas normal, tidak ada tanda – tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15mmHg).

Pada diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka *post operative closed fracture humerus sinistra*, selama 2 x 24 jam diharapkan luka bersih tidak lembab dan tidak kotor, mencapai penyembuhan luka sesuai waktu, menunjuka perilaku atau teknik untuk mencegah kerusakan kulit.

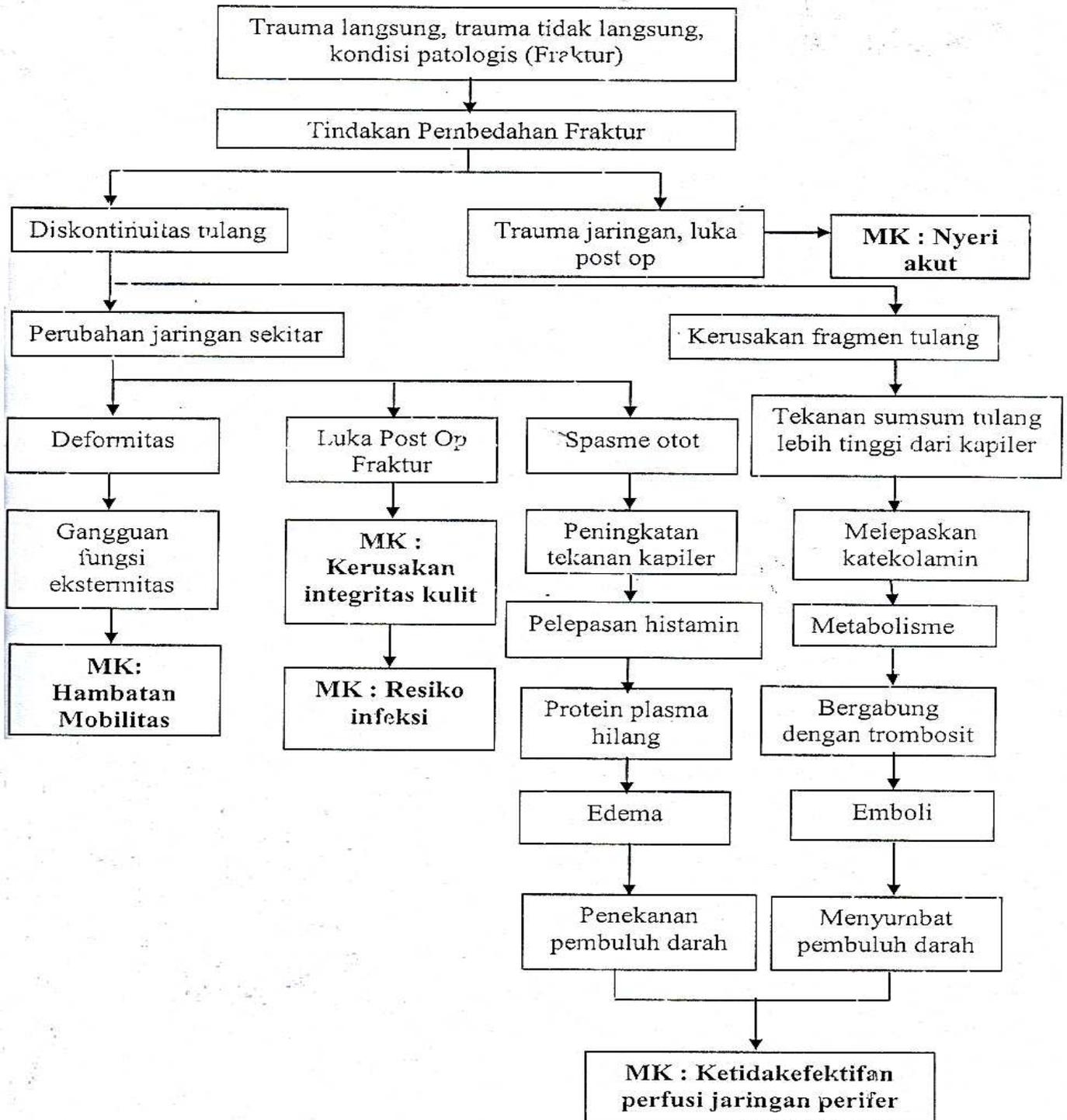
Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri atau ketidaknyamanan, kerusakan *musculoskeletal*, fraktur, selama 2 x 24 jam diharapkan klien mampu melakukan pergerakan dan perpindahan, mempertahankan mobilitas optimal yang dapat ditoleransi dengan karakteristik: 0= mandiri penuh, 1= memerlukan alat bantu, 2= memerlukan bantuan dari

orang lain untuk bantuan pengawasan dan pengajaran, 3= membutuhkan bantuan dari orang lain dan alat bantu, 4= ketergantungan: tidak berpartisipasi dalam aktivitas.

Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat trauma, selama 2 x 24 jam diharapkan : tidak ada tanda –tanda infeksi seperti pus, luka bersih tidak lembab dan tidak kotor, tanda-tanda vital dalam batas normal atau dapat ditoleransi.

Pada diagnosa resiko syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan terus menerus akibat luka terbuka, selama 2 x 24 jam diharapkan asupan volume cairan dapat teratasi, tidak ada tanda-tanda syok, turgor kulit lembab, CTR < 3 detik.

### 2.3 Kerangka Masalah



Gambar 2.1 Kerangka Masalah Fraktur (Nurarif dan Kusuma, 2015).

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah dengan diagnosa medis *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra*, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 23 Januari -25 Januari 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 23 Januari 2019 jam 19.10 WIB. Anamnesa di peroleh dari pasien dan file registrasi sebagai berikut.

#### **3.1 Pengkajian**

Data diambil pada tanggal 23 Januari 2019 pukul 19.10 WIB di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil. Klien masuk rumah sakit (MRS) pada tanggal 21 Januari 2019. Pada saat pengkajian, diagnosa medis pada klien adalah *Post Operative closed fracture humerus sinistra*.

##### **3.1.1 Identitas**

Nama klien adalah Tn.S, seorang laki-laki berusia 32 tahun, bersuku bangsa jawa, dan beragama Islam. Klien berpendidikan SMA dan bekerja sebagai wirasuasta. Penanggung biaya selama klien sakit adalah Tn.M, yang merupakan keluarga klien yang berusia 40 tahun, bersuku bangsa jawa, dan beragama Islam. Tn.M berpendidikan SMP dan bekerja sebagai wirasuasta. Tn.M merupakan Saudara Kandung dari klien (Tn.S)

### 3.1.2 Riwayat Keperawatan

#### 3.1.2.1 Riwayat Keperawatan Sekarang

##### 1) Keluhan Utama :

Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi tulang lengan atas tangan kiri.

##### 2) Riwayat Penyakit Sekarang ini:

Klien mengatakan pada hari senin tanggal 21 – 01 – 2019 pada pukul 16.00 WIB klien berangkat ke pasar dengan mengendarai sepeda motor, klien mengatakan bahwa dalam perjalanan ke pasar klien di tabrak oleh orang yang menegndarai sepeda motor dengan kecepatan yang tinggi sehingga klien jatuh ke sebelah kiri dan tangan kiri digunakan untuk menyangga tubuhnya. Klien lalu di bawah ke klinik terdekat dan dari klinik klien dirujuk ke RSUD Bangil pada pukul 20.08 WIB. Dari ruang IGD klien di pindahkan ke ruang Bangsal Melati pada pukul 21.00 WIB, klien di jadwalkan oleh dokter spesialis bedah orthopedi untuk operasi pada tanggal 23 Januari 2019 pada pukul 09.20 WIB dan selesai pada pukul 10.35 WIB. Klien kembali dipindahkan ke ruang Bangsal Melati pada pukul 17.20 WIB. Pada saat pengkajian tanggal 23 Januari 2019 pukul 19.10 WIB klien mengeluh nyeri terus-menerus di sertai kaku pada lengan atas tangan kiri *post operative closed fracture humerus sinistra* nyeri seperti tersayat-sayat, skala nyeri yang di rasa 7, nyeri semakin bertambah saat melakukan perubahan posisi.

### 3.1.2.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

#### 1) Riwayat kesehatan yang lalu.

##### (1) Penyakit yang pernah diderita:

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit yang pernah diderita seperti hipertensi, diabetes melitus, maupun asma.

##### (2) Operasi

Klien mengatakan belum pernah melakukan tindakan operasi sebelumnya.

##### (3) Alergi

Klien tidak mempunyai alergi baik itu pada makanan ataupun pada obat-obatan.

### 3.1.2.3 Riwayat Kesehatan Keluarga :

#### 1) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga

Klien mengatakan keluarga tidak ada yang menderita penyakit hipertensi, diabetes mellitus, maupun asma.

#### 2) Lingkungan rumah dan komunitas

Klien mengatakan bahwa kondisi rumah klien bersih, terdapat ventilasi udara yang baik, keadaan lingkungan sekitar rumah baik.

#### 3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

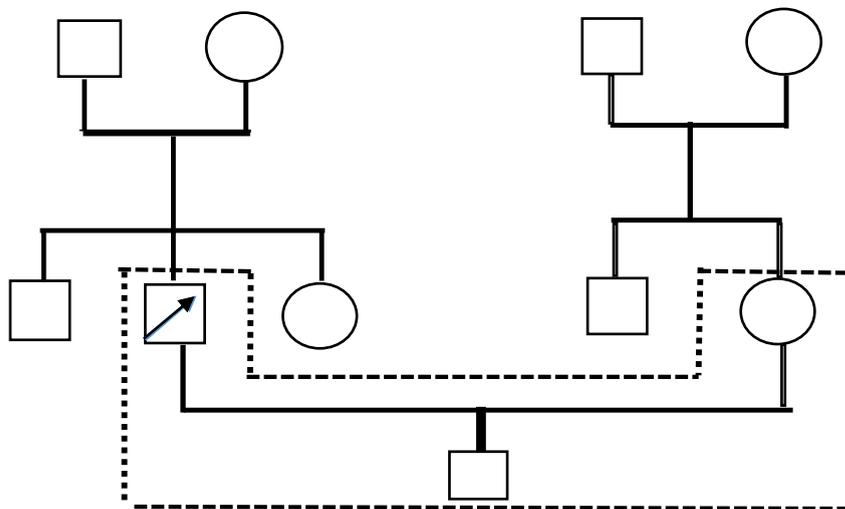
Klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan-kebiasaan yang dapat mempengaruhi kesehatannya.

#### 3.1.2.4 Status Cairan dan Nutrisi

Klien memiliki nafsu makan yang normal 3x sehari namun pada saat *post operative closed fracture humerus sinistra* klien hanya makan 2-3 sendok makan. Untuk minum, klien mengkonsumsi air putih sebanyak 250 ML. Klien berdasarkan advice dokter dan ahli gizi tidak ada pantangan makan, serta diberikan diet tinggi kalori, tinggi protein (TKTP). Klien tidak memiliki keluhan lain pada status cairan dan nutrisi ini.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.1.2.5 Genogram (3 generasi)



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ↗ : Klien
- : Anak
- ..... : Tinggal Serumah

### 3.1.2.6 Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : cukup, kesadaran: composmentis: GCS: 4-5-6.
- 2) Tanda Vital :
  - (1) Tensi : 110/80 mmHg.
  - (2) Suhu : 36,5 C ( Lokasi pengukuran axilla).
  - (3) Nadi : 80 x/menit (Lokasi penghitungan : Radialis Dextra).
  - (4) Respirasi : 20 x/menit.

### 3.1.2.7 *Breathing* (B1)

- 1) Bentuk dada : Simetris.
- 2) Susunan ruas tulang belakang : Normal.
- 3) Pola nafas :
  - (1) Irama : Teratur.
  - (2) Jenis : Vesikuler.
- 4) Retraksi otot bantu nafas : Tidak ada retraksi otot bantu nafas.
- 5) Perkusi thorax : Sonor.
- 6) Lain –lain : Tidak ada.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan.

### 3.1.2.8 *Blood* (B2)

- 1) Nyeri dada : Tidak.
- 2) Irama jantung : Teratur.
- 3) Pulsasi : Kuat; Posisi: Ictuscordis.
- 4) Bunyi jantung : S<sub>1</sub> S<sub>2</sub> tunggal.
- 5) CRT : ≤3 detik.
- 6) Cianosis : Tidak ada sianosis.
- 7) Clubbing finger : Tidak ada.
- 8) JVP : Tidak ada pembesaran JVP.
- 9) Lain-lain : Tidak ada.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan.

### 3.1.2.9 *Brain* (B3)

- 1) Kesadaran : Composmentis; GCS: 4-5-6.
- 2) Orientasi : Waktu = baik, orang = baik, tempat = baik.
- 3) Kejang : Tidak ada kejang, jenis: -.
- 4) Kaku kuduk : Tidak ada.
- 5) Brudsky 1 : Tidak ada.
- 6) Nyeri kepala : Tidak ada.
- 7) Istirahat/tidur : Siang: 3 jam/hari, Malam: 6 jam/hari.

8) Kelainan nervus cranialis : Tidak ada kelainan.

9) Lain-lain : Tidak ada.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.1.2.10 *Bladder* (B4)

1) Bentuk alat kelamin : Tidak terkaji.

2) Libido: Kemauan: Normal; Kemampuan: Normal.

3) Kebersihan : Tidak terkaji.

4) Frekuensi berkemih: 2-3x/hari, Teratur, Jumlah:  $\pm 500\text{cc}/24$  jam,

Bauh: Khas urin, Warna: Kuning, Tempat yang digunakan: pispot.

5) Alat bantu yang digunakan: Klien tidak dipasang selang kateter.

6) Lain-lain : Tidak ada.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.1.2.11 *Bowel* (B5)

1) Mulut: Bersih; Mukosa: Lembab; Bibir: Normal; Gigi: Bersih dan tidak ada caries; Kebiasaan gosok gigi: Selama di rumah klien gosok gigi 2x sehari, di rumah sakit gosok gigi 2x sehari.

2) Tenggorokan: (1) Tidak ada kesulitan menelan.

(2) Tidak ada kemerahan.

(3) Tidak ada pembesaran tonsil.

3) Abdomen: ☐Tidak tegang ☐Tidak asetis ☐Tidak kembung

☐Tidak ada nyeri tekan, peristaltik: 10x/menit.

4) Kebiasaan BAB: belum BAB setelah post operasi; Konsistensi: -;

Warna: -; Bauh: - ; Tempat yang biasa digunakan: pispot.

5) Masalah eliminasi alvi: Tidak ada.

6) Pemakaian obat pencahar: Tidak menggunakan obat pencahar.

7) Lavement: Klien tidak di lakukan lavement

8) Lain-lain: Tidak ada.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.1.2.12 Bone (B6)

1) Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM): pada tangan kiri

Terbatas, tangan kanan terpasang infus.

2) Kekuatan otot:

5		3
5		5

3) Fraktur: Ada; Lokasi: *humerus sinistra*.

4) Dislokasi: Tidak ada.

5) Kulit: Luka bekas operasi (+) pada *humerus sinistra*

terbalut kasa steril, dibebat dan belum pernah di buka.

jenis operasi: ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

6) Akral: Hangat.

7) Turgor: Baik.

8) Kelembaban: Lembab.

9) Oedema: Terdapat oedema pada telapak tangan dan jari - jari tangan kiri.

10) Kebersihan kulit: Bersih.

11) Lain-lain: Klien mengatakan masih terasa nyeri saat melakukan perubahan posisi (mika/miki). Klien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

**Masalah Keperawatan :** Nyeri akut, Hambatan mobilitas fisik.

#### 3.1.2.13 Penginderaan (B7)

1) Mata :

(1) Pupil : Isokor.

(2) Reflek cahaya : +/+.

(3) Konjungtiva : Merah muda.

(4) Sklera : Putih.

(5) Palpebra : Normal.

(6) Strabismus : Tidak ada.

(7) Ketajaman penglihatan: Normal.

(8) Alat bantu : Tidak menggunakan alat bantu kaca mata.

(9) Lain-lain : Tidak ada.

2) Hidung : Normal.

(1) Mukosa hidung : Lembab.

(2) Sekret : Tidak ada.

(3) Ketajaman penciuman : Normal.

(4) Kelainan lain : Tidak ada.

3) Telinga. Bentuk : Simetris.

4) Keluhan : Tidak ada.

5) Ketajaman pendengaran : Baik.

6) Alat bantu : Tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

7) Perasa :  Manis  Pahit  Asam  Asin.

8) Peraba : Klien bisa merasakan sentuhan.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.1.2.14 Endokrin (B8)

1) Pembesaran kelenjar thyroïd: Tidak ada pembesaran kelenjar thyroïd.

2) Pembesaran kelenjar parotis: Tidak ada pembesaran kelenjar parotis.

3) Lain-lain:  Tidak banyak keringat

Tidak ada penurunan BB.

Tidak ada polidipsi.

Tidak ada polifagi.

Tidak ada poliuri.

4) Luka gangren : Tidak ada.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.1.2.15 Data psikososial.

1) Gambaran diri/ citra diri:

(1) Tanggapan tentang tubuhnya: Klien menyukai semua anggota tubuhnya.

(2) Bagian tubuh yang disukai: Semua bagian tubuh.

(3) Bagian tubuh yang kurang disukai: Tidak ada.

(4) Persepsi terhadap kehilangan bagian tubuh: Klien mengatakan sedih bila kehilangan bagian anggota tubuhnya.

2) Identitas:

- (1) Status pasien dalam keluarga : Kepala keluarga.
- (2) Kepuasan pasien terhadap status dan posisi dalam keluarga: Klien merasa puas dan bersyukur menjadi kepala keluarga.
- (3) Kepuasan pasien terhadap jenis kelamin: Klien bersyukur menjadi seorang laki-laki.

3) Peran:

- (1) Tanggapan pasien tentang perannya: Klien merasa sudah menjadi suami yang baik.
- (2) Kemampuan/kesanggupan pasien melaksanakan perannya: Klien sanggup menjadi suami yang baik.

4) Ideal diri:

- (1) Harapan pasien terhadap :
  - ((1) Tubuhnya: Klien ingin cepat sembuh.
  - (2) Posisi dalam pekerjaan : Sebagai wirasuasta.
  - ((2) Keluarga : Klien sebagai seorang suami.
- (3) Harapan pasien tentang penyakit yang di derita dan tenaga kesehatan: Klien berharap agar dengan bantuan tenaga kesehatan di RS klien dapat segera sembuh.

5) Harga Diri.

- (1) Tanggapan pasien terhadap harga dirinya: Klien tidak malu dengan penyakit yang dideritanya saat ini.

6) Data Sosial:

- (1) Hubungan pasien dengan keluarga: Baik.
- (2) Hubungan pasien dengan pasien lain: Baik, klien mampu berinteraksi dengan klien lain.
- (3) Dukungan keluarga terhadap pasien: Baik.
- (4) Reaksi pasien saat interaksi: Menerima respon dengan baik.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

7) Data Spiritual:

- (1) Konsep tentang penguasa kehidupan: Yakin Allah itu ada dan adil.
- (2) Sumber kekuatan/harapan saat sakit: Klien hanya bisa berdoa agar cepat sembuh.
- (3) Ritual agama yang bermakna/berarti/harapan saat ini: Berdoa.
- (4) Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit: Klien yakin bisa sembuh.
- (5) Persepsi terhadap penyakit: Setiap penyakit dapat disembuhkan.

**Masalah Keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan.

## 3.1.2.16 Data Penunjang.

## 1) Laboratorium

Tabel 3.1 Data Penunjang Laboratorium pada tanggal 21 Januari 2019.

NAMA PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL
Hematologi		
Darah Lengkap		
WBC	13,30	4.8 - 10.8 10 <sup>3</sup> /uL
RBC	5,57	4.2 – 6.1 10 <sup>6</sup> /uL
HGB	13,8	12 – 18 g/dL
HCT	44,0	37 – 52 %
PLT	396	150 – 450 10 <sup>3</sup> /uL
MCV	79,0	79 – 99 fl
MCH	24,8	27 – 31 pg
MCHC	31,4	33 – 37 g/dL
RDW-SD	39,2	35 – 47 fl
RDW-CV	13,8	11,5 – 15,5 %
PDW	9,5	9 – 17 fl
MPV	9,1	9 – 13 fl
P-LCR	17,2	13 – 43 %
PCT	0,36	0,150 – 0,400 %
EO%	0,3	0 – 1 %
BASO%	0,2	0 – 1 %
NEUT%	83,2	50 – 70 %

LYMPH%	12,8	25 – 40 %
MONO%	3,5	2 - 8 %
EO#	0,04	10 <sup>3</sup> /uL
BASO#	0,03	10 <sup>3</sup> /uL
MONO#	0,47	10 <sup>3</sup> /uL
NEUT#	11,06	2.7 – 7 10 <sup>3</sup> /uL
LYMPH#	2,13	0.8 – 4 10 <sup>3</sup> /uL
KIMIA KLINIK		
GULA DARAH SEWAKTU	91	< 140 mg/dL
BUN	12,9	6 – 23 mg/dL
CREATININ	0,7	0.7 – 1.2 mg/dL
SGOT	18	<40 u/L
SGPT	30	<41 u/L
NATRIUM	140	136 – 145 mmol/L
KALIUM	3,6	3.5 – 5.1 mmol/L
CHLORIDA	107	97 – 111 mmol/L
HBSAG	Non Reaktif	Non Reaktif

1) X-Ray

(1) *Closed Fracture Humerus Sinistra* (sebelum operasi)

(2) *Post Operative Open Reduction Internal Fixation Closed Fracture*

*Humerus Sinistra* ( sesudah operasi)

2) Terapi

Pada tanggal 23 / 01 / 2019

(1) Infus RL 1000cc/24jam

(2) Injeksi ceftrizoxime 2 x 1 g / IV

(3) Injeksi gentamycin 2 x 80 mg / IV

(4) Injeksi antrain 3 x 1000 mg / IV

(5) Injeksi ranitidin 2 x 50 m / IV

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

Tanggal : 23 / 01 / 2019

Nama pasien : Tn . S

Umur : 32 tahun

Tabel 3.2 Analisa Data pada Tn . S dengan Diagnosa Medis *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra* pada tanggal 23 Januari 2019.

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Ds: Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti tersayat-sayat pada lengan tangan kiri, skala nyeri yang dirasa 7, nyeri semakin bertambah saat melakukan perubahan posisi.</p> <p>Do: - K/u cukup</p> <p>1). Kesadaran composmentis, GCS 4-5-6</p> <p>2). TTV.TD: 110/80mmHg</p> <p>S:36,5°C, N: 80x/menit.</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>3). Ekspresi wajah : menyeringai</p> <p>4). Nyeri (+) skala 7</p> <p>5). Fraktur (+) <i>humerus sinistra</i></p>	Trauma jaringan <i>post operative</i>	Nyeri Akut

	6). Luka bekas operasi (+) terbalut kasa steril dan dibebat, belum pernah di buka.		
2.	<p>Ds: Klien mengatakan kaku disertai nyeri pada lengan atas tangan kiri saat melakukan perubahan posisi.</p> <p>Do:- K/u cukup</p> <p>1). Fraktur (+) <i>humerus sinistra</i> Luka bekas operasi (+) pada lengan tangan kiri</p> <p>2). Klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri.</p> <p>3). ROM pada tangan kiri terbatas</p> <div style="text-align: center;"> <math display="block">\begin{array}{c c} 5 &amp; 3 \\ \hline 5 &amp; 5 \end{array}</math> </div> <p>4). Klien tampak menyeringai saat melakukan perubahan posisi (mika/miki)</p>	Kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).	Hambatan mobilitas fisik.

### **3.2.1 Daftar Masalah Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian dan analisa data yang dilakukan maka didapatkan bahwa ada dua (2) masalah keperawatan yang muncul pada klien Tn.S, antara lain:

3.2.1.1 Nyeri Akut.

3.2.1.2 Hambatan mobilitas fisik.

### **3.2.2 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas.**

3.2.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan *post operative closed*

*fracture humerus sinistra.*

3.2.2.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

### 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tanggal : 23/01/2019

Nama pasien : Tn . S

Umur : 32 tahun

Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan pada Klien Tn. S dengan  
Diagnosa Medis *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra*  
pada tanggal 23 Januari 2019

No. Dx	Tujuan / Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam, diharapkan nyeri yang dirasakan Klien dapat berkurang dengan kriteria hasil:</p> <p>K: Keluarga Klien atau Klien mengetahui penyebab nyeri.</p> <p>A: Keluarga Klien mau membantu Klien dalam melakukan teknik manajemen nyeri.</p> <p>P: Klien mampu untuk melakukan teknik manajemen nyeri yang sudah di ajarkan.</p>	<p>1. Observasi TTV</p> <p>2. Kaji tingkat nyeri klien (lokasi, karakteristik dan durasi) serta respon verbal dan non verbal pada klien yang mengisyaratkan nyeri</p> <p>3. Berikan posisi yang nyaman .</p>	<p>1. Observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui keadaan umum klien dan menentukan intervensi selanjutnya.</p> <p>2. Mengevaluasi tingkat nyeri klien dan menentukan intervensi selanjutnya.</p> <p>3. Mengurangi rasa nyeri dan klien tampak rileks</p>

	<p>P: Klien tidak terlihat menahan sakit.</p> <p>K/u baik, Klien mengatakan nyeri berkurang. TTV dalam batas normal.</p> <p>TD : <math>\frac{100 - 130}{80 - 90}</math> mmHg</p> <p>N : 60 – 80 x /menit</p> <p>S : 36,5° - 37,5°C;</p> <p>RR : 16 - 20 x/menit</p>	<p>4. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi</p> <p>5. Kolaborasi dengan tim Medis dalam pemberian analgesic</p> <p>Antrain 100mg / IV</p>	<p>4. Untuk mengurangi nyeri yang dialami klien</p> <p>5. Obat analgesik diharapkan dapat mengurangi nyeri dan mempercepat proses penyembuhan klien.</p>
2.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan tidak terjadi hambatan mobilitas fisik dengan kriteria hasil:</p> <p>K: Klien meningkat dalam aktivitas fisik.</p> <p>A: Keluarga Klien dan Klien dapat mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas.</p> <p>P: Klien dapat mengungkapkan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah.</p>	<p>1. Observasi keterbatasan gerak klien dan catat respon klien terhadap mobilisasi.</p> <p>2. Ajarkan pada klien untuk berlatih secara aktif / pasif dari latihan ROM.</p>	<p>1. Dengan observasi dapat diketahui seberapa jauh tingkat perubahan fisik klien (keterbatasan gerak) dan bagaimana respon / persepsi klien tentang gambaran dirinya.</p> <p>2. Dapat menambah aliran darah ke otot dan tulang melakukan gerakan sendi dapat mencegah kontraktur.</p>

	<p>P: Bantu untuk mobilisasi.</p>	<p>3. Anjurkan klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas dan pertahankan stimulasi lingkungan antara lain TV, Radio dan surat kabar.</p> <p>4. Monitor aktivitas dan mobilisasi</p> <p>5. Konsultasikan dengan ahli terapi fisik / spesialis, rehabilitasi.</p>	<p>3. Dapat memberi kesempatan pasien untuk mengeluarkan energi, memfokuskan perhatian, meningkatkan rangsangan kontrol diri pasien dan membantu dalam menurunkan isolasi sosial.</p> <p>4. Mengetahui tingkat mobilisasi klien</p> <p>5. Konsultasi dengan ahli terapi / spesialis rehabilitasi dapat menciptakan program aktivitas dan latihan individu.</p>
--	-----------------------------------	--	--

### 3.4 Implementasi Keperawatan

Tanggal : 23 /01/2019

Nama pasien : Tn.S

Umur : 32 tahun.

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan pada klien Tn.S dengan Diagnosa Medis  
*Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra* pada  
tanggal 23 Januari 2019

Tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan	Paraf
23/01/2019 Jam 19.30 WIB	19.30	1. Mengobservasi TTV  Didapat:  TD = 110/70 mmHg  N = 86x/menit  S = 37,1°C  RR = 20x/menit	
	19.40	2. Mengobservasi tingkat nyeri klien (lokasi, karakteristik dan durasi) serta respon verbal dan non verbal pada klien yang mengisyaratkan nyeri.  Didapat:  Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti tersayat-sayat pada lengan tangan kiri, skala nyeri yang dirasa 5, nyeri semakin bertambah saat	

		<p>melakukan perubahan posisi. Klien tampak menyeringai saat melakukan perubahan posisi (mika/miki)</p> <p>19.50 3. Memberikan posisi yang nyaman pada klien.</p> <p>Didapat:</p> <p>Memberi ganjalan pada tangan kiri klien sehingga klien merasa rileks</p> <p>19.55 4. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam yaitu dengan cara ambil nafas dalam 5 detik kemudian ulangi hingga 3 kali dan distraksi / peralihan seperti : mendengarkan music, melihat TV, bermain gadget.</p> <p>20.00 5. Memberikan analgetik berupa injeksi antrain 1000 mg / IV</p>	
23/01/2019 Jam 20.05 WIB	20.05	<p>1. Memonitor aktivitas dan mobilisasi keterbatasan gerak klien</p> <p>Didapat :</p> <p>Klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri.</p> <p>20.10 2. Mengobservasi respon klien terhadap mobilisasi</p> <p>Didapat:</p>	

	20.20	<p>Klien sulit melakukan aktivitas.</p> <p>3. Ajarkan pada klien untuk berlatih Secara aktif / pasif dari latihan ROM.</p> <p>Didapat:</p> <p>Klien dapat mengikuti petunjuk yang di ajarkan oleh perawat.</p>	
	20.35	<p>4. Anjurkan klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas dan pertahankan stimulasi lingkungan antara lain TV, Radio dan surat kabar.</p>	
	20.45	<p>5. Konsultasikan dengan ahli terapi fisik / spesialis, rehabilitasi</p>	
24/01/2019 Jam 08.00 WIB	08.00	<p>1. Mengobservasi TTV</p> <p>Didapat :</p> <p>TD = 120/70 mmHg</p> <p>N = 82 x/menit</p> <p>S = 36,8°C</p> <p>RR = 20 x/menit</p>	
	08.10	<p>2. Mengobservasi tingkat nyeri klien</p> <p>Didapat :</p> <p>Klien mengeluh nyeri berkurang pada luka bekas operasi, skala nyeri yang dirasa 3</p>	

	08.20	3. Memberikan analgesik berupa injeksi antrain 1000 mg / IV	
24/01/2019 Jam 08.30 WIB	08.30	1. Memonitor aktivitas dan mobilisasi  Didapat :  Klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri.	S Mk
	08.35	2. mengobservasi keterbatasan gerak klien  Didapat :  Klien sulit untuk melakukan perubahan posisi di karenakan adanya nyeri pada <i>humerus sinistra</i>	
	08.40	3. mengobservasi respon klien terhadap mobilisasi  Didapat:  Klien sulit melakukan aktivitas.	
	08.50	4. Ajarkan pada klien untuk berlatih secara aktif / pasif dari latihan ROM.  Didapat:  Klien dapat mengikuti petunjuk yang di ajarkan oleh perawat.	
	08.55	5. Anjurkan klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas dan pertahankan stimulasi lingkungan antara lain TV, Radio dan surat	

	09.00	kabar. 6. Konsultasikan dengan ahli terapi fisik / spesialis, rehabilitasi	
--	-------	---	--

### 3.5 Evaluasi Keperawatan

Tanggal : 24 Januari 2019

Nama Pasien : Tn. S

Umur : 32 tahun

Tabel 3.5.1 Catatan Perkembangan pada Klien Tn. S dengan Diagnosa Medis *Post operative Closed Fracture Humerus Sinistra* pada tanggal 24 Januari 2019

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
24/01/2019 Jam 22.00 WIB	Nyeri akut b.d trauma jaringan <i>Post operative</i>	<p><b>S</b> : Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti tersayat-sayat pada lengan tangan kiri, skala nyeri yang dirasa 4, nyeri di rasakan saat melakukan perubahan posisi.</p> <p><b>O</b> : 1). K/u cukup 2). Kesadaran composmentis, GCS 4-5-6 3). TTV TD : 110/70 mmHg N : 86 x/menit S : 37,1°C RR: 20 x/menit 4). Nyeri (+) skala 4</p>	

		<p>5). Fraktur (+) <i>humerus sinistra</i></p> <p>6). Klien tampak menyeringai saat melakukan perubahan posisi (mika/miki)</p> <p>7). Luka bekas operasi (+) terbalut kasa steril dan dibebat, belum pernah dibuka</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : Intervensi dilanjutkan nomer 1,2 dan 5</p>	
<p>24/01/2019</p> <p>Jam 22.30 WIB</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).</p>	<p><b>S</b> : Klien mengatakan kaku disertai nyeri pada lengan atas tangan kiri</p> <p><b>O</b> : 1). K/u cukup</p> <p>2). Fraktur (+) <i>humerus sinistra</i></p> <p>3). Luka bekas operasi (+) pada lengan tangan kiri terbalut kasa steril, dibebat dan belum pernah di buka</p> <p>4). Mobilisasi (+)</p> <p>5). ROM pada tangan kiri terbatas</p>	

		$\begin{array}{r l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>6). Oedem pada telapak tangan dan jari - jari tangan kiri</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : Intervensi dilanjutkan nomer 1,2,3 dan 4</p>	
--	--	--	--

Tabel 3.5.2 Evaluasi Keperawatan pada Klien Tn. S dengan Diagnosa Medis *Post operative Closed Fracture Humerus Sinistra* pada tanggal 25 Januari 2019

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
<p>25/01/2019</p> <p>Jam 09.30 WIB</p>	<p>Nyeri akut b.d trauma jaringan <i>post operative</i></p>	<p><b>S</b> : Klien mengatakan rasa nyeri hilang</p> <p><b>O</b> : 1). K/u cukup</p> <p>2). Kesadaran composmentis, GCS 4-5-6</p> <p>3). TTV</p> <p>TD = 110/60 mmHg</p> <p>N = 80 x/menit</p> <p>S = 37,0°C</p> <p>RR = 20 x/menit</p> <p>4). Imobilisasi (+)</p> <p>5). Fraktur (+) humerus sinistra</p> <p>6). Luka (+) terbalut kassa steril dan dibebat</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi</p> <p><b>P</b> : Intervensi dihentikan, klien pulang. Klien dianjurkan untuk kontrol tiga hari kemudian pada tanggal 28 /01 / 2019.</p>	

<p>25/01/2019</p> <p>Jam 10.00 WIB</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).</p>	<p><b>S</b> : Klien mengatakan kaku dan nyeri yang di rasakan pada lengan atas tangan kiri sudah tidak terasa.</p> <p><b>O</b> :1). K/u cukup  2).Fraktur (+)  <i>humerus Sinistra</i>  3). Luka bekas operasi (+) pada lengan tangan kiri terbalut kassa steril, dibebat dan belum pernah di buka  4). Nyeri (+) skala 3  5). Oedema (-)</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi</p> <p><b>P</b> : Intervensi dihentikan, klien pulang. Klien dianjurkan untuk kontrol tiga hari kemudian pada tanggal 28/ 01/ 2019.</p>	
--	--	--	---

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dijelaskan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada Tn. S dengan diagnosa medis *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra* di ruang Bangsal Melati RSUD Bangil yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

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

Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breathing*) menurut Brunner dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka didapat data, tidak ada perubahan yang menonjol seperti bentuk dada, ada tidaknya sesak nafas, suara tambahan, pernafasan cuping hidung. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yang sama tidak ada masalah pada sistem pernafasan sehingga tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan fisik B2 (*Blood*) menurut Brunner dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka didapat data, tekanan darah dapat normal atau hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri), hipotensi (respon terhadap kehilangan darah), takikardi, CRT melambat, bunyi jantung normal, kulit dan membrane mukosa pucat. Didapatkan data yang sama tidak ada masalah pada sistem kardiovaskuler sehingga tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) menurut Brunner dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka didapat data, tidak ada penurunan kesadaran dengan nilai GCS 4-5-6, tidak ada kejang, tidak ada kelainan nervus cranialis, tidak ada nyeri kepala. Pada tinjauan kasus didapatkan data yang sama tidak ada masalah pada sistem persyarafan sehingga tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*) menurut Brunner dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka didapat data, pada miksi klien tidak mengalami gangguan, warna urin jernih, buang air kecil 3-4 x/hari, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih. Didapatkan data yang sama tidak ada masalah pada sistem perkemihan sehingga tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel*) menurut Brunner dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka didapat data, keadaan mulut bersih, mukosa lembab, keadaan abdomen normal tidak asites. Tidak ada nyeri tekan atau massa pada abdomen normal suara tympani peristaltik normal. Didapatkan data yang sama tidak ada masalah pada sistem pencernaan sehingga tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone*) menurut Brunner dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka didapat data, Inspeksi: adanya luka bekas operasi, terbalut kassa steril dan di bebat, adanya perdarahan, kebutuhan perluh di bantu baik oleh perawat atau keluarga. Palpasi : adanya nyeri, hilangnya tonus otot dan hilangnya reflek, ROM terbatas, kekuatan otot menurun. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan, inspeksiL; adanya luka bekas operasi, terbalut kassa steril dan di bebat dan belum pernah di buka, oedema (+), tidak ada perdarahan, klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, palpasi: nyeri (+), ROM pada tangan kiri terbatas kekuatan otot 3. Sehingga pasien membutuhkan bantuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari - hari. Ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan fisik B7 (Penginderaan) menurut Brunner dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka di dapat data, pada mata terdapat gangguan seperti konjungtiva anemis (jika terjadi perdarahan). Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan data pada konjungtiva merah muda karena klien tidak mengalami perdarahan terlalu banyak sehingga tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan fisik B8 (Endokrin) menurut Brunner dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka di dapat data, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan data yang sama dikarenakan klien tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, sehingga tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

## **4.2 Diagnosa Keperawatan**

4.2.1 Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka menurut Nurarif dan Kusuma, Aplikasi Asuhan Keperawatan, 2015 ada lima. Namun penulis hanya mengambil 2 diagnosa yang aktual, yaitu :

### **4.2.1.1 Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan *post operative***

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan *post operative* (Nurarif dan Kusuma, Aplikasi Asuhan Keperawatan, 2015). Karena klien dengan *post operative fracture* akan mengalami nyeri akibat adanya insisi pembedahan atau trauma jaringan kulit dan tulang. Pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan *post operative* dengan data subyektif yang mendukung yaitu klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, data objektif yang mendukung yaitu terdapat luka bekas operasi pada lengan tangan kiri / *humerus sinistra*, keadaan luka terbalut kassa kering dan steril, raut wajah tampak menahan rasa sakit saat melakukan perubahan posisi, nyeri skala 7.

4.2.1.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi). (Nurarif dan Kusuma, Aplikasi Asuhan Keperawatan, 2015). Karena klien dengan *post operative fracture* akan rentan mengalami hambatan mobilitas fisik yang di sebabkan oleh kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi). Pada tinjauan kasus didapatkan hasil yang sama yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi). dengan data sunyektif yang mendukung yaitu klien mengatakan kaku disertai nyeri pada lengan atas tangan kiri *post operative closed fracture humerus sinistra*, nyeri skala 7, nyeri semakin bertambah saat melakukan perubahan posisi, telapak tangan dan jari-jari tangan kiri bengkak, data objektif yang mendukung yaitu Fraktur (+) *humerus sinistra*, terdapat luka bekas operasi (+) pada lengan tangan kiri / *humerus sinistra* , nyeri (+) skala 7, oedema pada telapak tangan dan jari - jari tangan kiri.

Pada tinjauan pustaka menurut (Nurarif dan Kusuma, Aplikasi Asuhan Keperawatan, 2015) ada lima yaitu Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan *post operative*, Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan tekanan mekanik akibat balutan luka, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka bekas operasi, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri terapi restriktif (imobilisasi), Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, (pemasangan traksi). Tapi pada tinjauan kasus tidak ditemukan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka bekas operasi,

Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan tekanan mekanik akibat balutan luka, Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, (pemasangan traksi) . Karena pada klien ini terdapat kerusakan integritas kulit namun luka belum pernah di buka sama sekali. Klien juga melakukan aktivitas dan kebutuhannya secara mandiri. Pada suhu tubuh klien dalam batas normal dan tidak ada tanda - tanda infeksi. Tidak semua diagnosa dapat muncul pada tinjauan kasus karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan pada pasien dengan post op fraktur patologis secara umum, sedangkan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keadaan klien secara langsung. Sehingga terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran dalam intervensinya dengan tujuan penulis ingin meningkatkan kemandirian klien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), perubahan tingkah laku (afektif), dan keterampilan menangani masalah (psikomotor).

4.3.1 Intervensi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan *post operative closed fracture humerus sinistra*.

Pada intervensi tinjauan pustaka menurut (Nurarif dan Kusuma, 2015) dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus, alasannya karena data yang didapat klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti tersayat – sayat pada lengan tangan kiri, skala nyeri yang di rasa 7, nyeri semakin bertambah saat melakukan perubahan posisi. Diagnosa ini dijadikan prioritas karena yang paling dirasakan oleh klien. Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan kulit dan tulang/trauma jaringan dengan data objektif yang mendukung yaitu keadaan umum cukup, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, TTV TD: 110/80 mmHg, Suhu: 36,5°C, Nadi: 80x /menit, RR: 20 x/menit, mobilisasi (-), nyeri (+) skala 7, fraktur (+) *humerus sinistra*, klien tampak menyeringai saat melakukan perubahan posisi (mika/miki), luka bekas operasi (+) terbalut kassa steril, dibebat dan belum pernah dibuka, ROM pada tangan kiri terbatas yaitu 3, klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang/hilang. Kriteria hasil: klien tampak rileks, keadaan umum baik, nyeri berkurang/hilang, skala nyeri 1-3, TTV dalam batas normal (TD: 100 -130/90 -100 mmHg, N: 60-80x/menit, S: 36,5-37,5°C, RR: 16-20x/ menit), mampu mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi, dilakukan intervensi Observasi TTV, kaji tingkat nyeri klien (lokasi, karakteristik dan durasi) serta respon verbal dan non verbal pada klien yang mengisyaratkan nyeri, berikan posisi yang nyaman, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik (Nurarif dan Kusuma, 2015).

4.3.2 Intervensi diagnosa keperawatan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

Pada intervensi tinjauan pustaka menurut (Nurarif dan Kusuma, 2015) dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus, alasannya karena data yang didapat klien mengatakan adanya kaku disertai nyeri pada lengan atas tangan kiri post operative closed fracture humerus sinistra, skala nyeri 7, nyeri semakin bertambah saat melakukan perubahan posisi.

Diagnosa ini merupakan diagnosa resiko bukan aktual karena tidak terjadi perubahan suhu pada ekstermitas dan tidak terjadi penurunan CRT. Dengan data subyektif klien mengatakan telapak tangan dan jari-jari tangan bengkak, dengan data objektif yang mendukung yaitu keadaan umum cukup, fraktur (+) *humerus sinistra*, luka bekas operasi (+) pada lengan tangan kiri terbalut kassa steril, dibebat dan belum pernah dibuka, nyeri (+) skala 7, oedema pada telapak tangan dan jari-jari tangan kiri. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak terjadi hambatan mobilitas fisik. Kriteria hasil: tidak ada tanda-tanda hambatan mobilitas, kekuatan otot dapat di tingkatkan, di pertahankan, mencegah terjadinya cedera berulang, mampu melindungi kulit dan mempertahankan kulit agar tetap lembab, bersih dan kering pada luka bekas operasi, tidak ada oedema.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membuat teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi.

4.4.1 Implementasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan *post operative*.

Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Nurarif dan Kusuma, 2015) sama seperti tinjauan kasus. Dilakukan tindakan seperti Mengobservasi TTV (TD: 110/70 mmHg, N: 86 x/menit, S: 37,1°C, RR: 20 x/menit), Mengkaji tingkat nyeri klien (lokasi, karakteristik dan durasi) serta respon verbal dan non verbal pada klien yang mengisyaratkan nyeri (Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti tersayat-sayat pada lengan tangan kiri, skala nyeri yang dirasa 7, nyeri semakin bertambah saat melakukan perubahan posisi), Memberikan posisi yang nyaman pada klien dengan memberi ganjalan pada tangan kiri sehingga klien merasa rileks, Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi / peralihan seperti : mendengarkan musik, menonton TV, bermain gadget, Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik (Injeksi antrain 3 x 1000 mg). Dapat dilakukan sesuai rencana karena klien kooperatif dalam tindakan. Menurut opini penulis untuk mengatasi nyeri yang dialami klien dapat dilakukan farmakologi dan non farmakologis yaitu dengan cara teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi dengan cara peralihan seperti menonton TV, mendengarkan musik sehingga klien tampak rileks. Dan terapi secara farmakologi yaitu dengan injeksi antrain untuk mengurangi nyeri.

#### 4.4.2 Implementasi diagnosa keperawatan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Nurarif dan Kusuma, 2015) sama seperti tinjauan kasus. Dilakukan tindakan keperawatan yaitu menganjurkan klien untuk berlatih secara aktif / pasif dari latihan ROM (didapat klien dapat mengikuti petunjuk yang diajarkan oleh perawat), anjurkan klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas dan pertahankan stimulasi lingkungan antara lain TV, Radio dan surat kabar. memonitor aktivitas dan mobilisasi (klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri). Pada implementasi tinjauan kasus tidak dilakukan perawatan luka karena tidak memungkinkan untuk membuka luka pada hari ke dua setelah operasi.

#### 4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan kasus pada waktu dilakukan evaluasi tentang nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan *post operative* yang dialami klien sudah berkurang dalam waktu 2x24 jam karena tindakan yang tepat, klien juga melakukan apa yang diajarkan oleh perawat untuk mengatasi nyeri dan berhasil dilaksanakan dan tujuan serta kriteria hasil telah tercapai. Pada diagnosa Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi). yang dialami klien sudah teratasi sebagian dalam waktu 2x24 jam karena tindakan yang tepat, klien juga melakukan apa yang diajarkan oleh perawat untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik yang dialami klien dan berhasil dilaksanakan dan tujuan serta kriteria hasil telah tercapai.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dan kriteria hasil dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara perawat dan klien serta keluarga klien dan tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Tn. S sudah sesuai dengan harapan, masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 25 Januari 2019 jam 20.15 WIB. sebelum KRS, penulis memberikan beberapa informasi terkait kesehatan klien, diantaranya:

4.5.1 Menganjurkan klien untuk meneruskan latihan aktif dan pasif yang telah diperoleh selama klien dirawat di rumah sakit.

4.5.2 Menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup, istirahat akan membantu percepat proses penyembuhan karena akan meminimalkan inflamasi, bengkak dan nyeri.

4.5.3 Menganjurkan klien untuk tetap mempertahankan sendi untuk ROM, kekuatan otot.

4.5.4 Menganjurkan klien untuk tidak mengangkat beban berat pada tangan yang fraktur, bila memang terpaksa lebih baik dengan menggeser saja.

4.5.5 Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi TKTP, tinggi kalsium, tinggi vitamin untuk proses penyembuhan tulang.

4.5.6 Menganjurkan klien untuk meminum obat secara teratur dan meminta untuk segera periksa jika ada keluhan.

4.5.7 Menganjurkan klien untuk kontrol sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan.

4.5.8 Menganjurkan klien untuk menghindari trauma ulang.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan penelitian dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra* di ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra*.

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil yang telah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra* di ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Pasuruan maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Pengkajian pada Tn. S dengan Diagnosa Medis *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra* mengalami perubahan fisik diantaranya pemendekan pada tulang, adanya luka bekas operasi, keterbatasan gerak pada tangan kiri sehingga segala aktivitas di bantu oleh keluarga.

5.1.2 Diagnosa keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra*.

5.1.3 Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terjadi kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, kriteria hasil dan kriteria waktu.

5.1.4 Implementasi keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka.

5.1.5 Evaluasi dilakukan penulis dengan metode per 24 jam dengan harapan penulis dapat mengetahui perkembangan yang terjadi pada pasien setiap saat. Pada akhir evaluasi semua tujuan di capai karena adanya kerja sama yang

baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan.

5.1.6 Discharge planning yang disarankan pada tinjauan kasus ini, antara lain: menganjurkan klien untuk meneruskan latihan aktif dan pasif yang telah diperoleh selama klien dirawat di rumah sakit, menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup, istirahat akan membantu mempercepat proses penyembuhan karena akan meminimalkan inflamasi, bengkak dan nyeri, menganjurkan klien untuk tetap mempertahankan sendi untuk ROM, kekuatan otot, menganjurkan klien untuk tidak mengangkat beban berat pada tangan yang farktur, bila memang terpaksa lebih baik dengan menggeser saja, menganjurkan klien untuk mengkonsumsi TKTP, tinggi kalsium, tinggi vitamin untuk proses penyembuhan tulang, menganjurkan klien untuk meminum obat secara teratur dan meminta untuk segera periksa jika ada keluhan, menganjurkan klien untuk kontrol sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan, menganjurkan klien untuk menghindari trauma ulang.

## 5.2 Saran

Berlatarbelakang kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

### 5.2.1 Pihak Rumah Sakit

5.2.1.1 Untuk meningkatkan mutu pelayanan, dengan adanya penyuluhan pada klien *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra* seperti perawatan luka, serta nutrisi yang baik untuk penyembuhan luka, mobilisasi dengan belajar menggerakkan tangan sedikit demi sedikit, dan pembebatan tidak terlalu ketat karena dapat menyebabkan sirkulasi darah tidak lancar, serta dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.

5.2.1.2 Pemahaman dan pengembangan konsep kesehatan perlu di tingkatkan secara komprehensif sehingga mampu untuk menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

### 5.2.2 Tim medis keperawatan

5.2.2.1 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya lebih berpotensi dengan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lain dalam pemberian asuhan keperawatan.

5.2.2.2 Ketika klien KRS perawat perlu membuat discharge planning yang harus diteliti dengan cermat untuk menjamin kualitas dan pelayanan yang sesuai. Evaluasi lanjut dari proses pemulangan biasanya dilakukan tiga hari setelah klien berada di rumah. Evaluasi berjalan terus – menerus dan membutuhkan perubahan. Keberhasilan program rencana pemulangan tergantung pada enam variable, diantaranya : pada derajat penyakit, hasil yang diharapkan dari perawatan selama klien KRS, durasi perawatan yang dibutuhkan, jenis - jenis pelayanan yang diperlukan, komplikasi tambahan, ketersediaan sumber – sumber.

### 5.2.3 Partisipan

5.2.3.1 Keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan yang terjalin dengan baik perlu ditingkatkan sehingga timbul rasa saling percaya, serta untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan.

## DAFTAR PUSTAKA

Asmadi, (2008). *Tehnik Prosedural Keperawatan; Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta : Salemba Medika.

Brunner, L & Suddarth, D. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Ed. 8 vol.3 (H.Kuncara,A. Hartono,M. Ester, Y. Asih, terjemahan )*. Jakarta: EGC.

Carpenito . (2007). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Alih Bahasa Yasmin Asih, Monica Ester. Edisi 10. Jakarta : EGC.

Chintya. (2015). Kebidanan: Kompres Dingin.  
<http://pelajarlways.blogspot.co.id>. Diakses pada tanggal 23 Januari 2019 pada pukul 21.20 WIB.

Doenges, ME., Moorhouse. MF., Geissler, AC. (2009). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta : EGC

Hamdan, Hariawan. (2013). *ASKEP FRAKTUR*. <http://hamdan-hariawan-fkp13.web.unair.ac.ad>. Diakses pada tanggal 24 Januari 2019 pada pukul 15.00 WIB.

Irianto. Sanco. A. S.Kep., Ns. (2010). *Perencanaan Pulang (Discharge Planning)* <http://keperawatanku.blogspot.co.id/s2010/02/perencanaan-pulang-discharge-planning.html>. Diakses pada tanggal 12 Desember 2018 pada pukul 23.00 WIB.

Jfikriamrullah.(2011). Laporan Pendahuluan Fraktur (*Patofisiologi, Defenisi, Etiologi, Klasifikasi, Manifestasi Klinik*).  
<https://jfikriamrullah.wordpress.com/2011/03/08/laporan-pendahuluan-fraktur-patofisiologi-defenisi-etologi-klasifikasi-manifestasi-klinik/>. Diakses tanggal 18 Januari 2019 pada pukul 13.00 WIB.

Mansjoer, Arif, dkk.,(2000). *Kapita Selekta Kedokteran, Edisi 3 FKUI*. Jakarta : Medica Aesculapius.

Mansjoer, Arif, dkk., (2008). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Medica Aesculapius

Nurarif A H, Kusuma H. 2015. *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan NANDA NIC NOC jilid 2*, Yogyakarta : Mediacion publishing

Nur Palupi, Febriyani. (2007). *Merawat Indonesia Bersama : Laporan pendahuluan fraktur radius distal*.merawatindonesiabersama.blogspot.co.id. Diakses pada tanggal 20 Januari 2019 pada pukul 13.20 WIB.

Ramadhan. (2008). Konsep Fraktur (Patah Tulang). <https://forbetterhealth.wordpress.com>.Diakses pada tanggal 20 Januari 2019 pada pukul 13.43 WIB.

Rasjad, Chairuddin,(2007). *Pengantar Ilmu Bedah Orthopedi Edisi Ketiga*. Jakarta : PT.Yarsif Watampone (Anggota IKAPI)

Regina. (2014). Asuhan Keperawatan pada Klien FRAKTUR RADIUS <http://askepregina.blogspot.co.id/2014/05/fraktur-radius.html>. Diakses pada tanggal 21 Januari 2019 pada pukul 22.35 WIB.

Sari, Kartika. (2013). PR - Kartika Sari.pdf - Perpustakaan Universitas Indonesia.lib.ui.ac.id. Diakses pada tanggal 21 Januari 2019 pada pukul 09.00 WIB.

Anonim, 2008. Fraktur (Patah tulang). Diakses tanggal 14 mei 2019. Online : <http://nursingbegin.com/fraktur>.

De Jong, 2010. Buku Ajar Ilmu Bedah. Editor : Sjamsuhidajat. Jakarta : EGC

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**  
**“MANAJEMEN NYERI PADA LUKA POST OPERATIVE**  
**CLOSED FRACTURE HUMERUS SINISTRA”**



**OLEH :**  
**SANTI YETHERDINA KDISE**  
**NIM : 1601066**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN**  
**AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA**  
**SIDOARJO**  
**2019**

## SATUAN ACARA PENYULUHAN

TOPIK	: Manajemen Nyeri
Sub Topik	: Manajemen Nyeri Pada Luka <i>Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra</i>
Sasaran	: Keluarga dan Pasien Post Operasi
Tempat	: Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Pasuruan
Hari / Tanggal	: Kamis, 24 Januari 2019
Waktu	: Pukul 08.30 – 08.45 ( 1 x 15 Menit )

---

### A. Latar Belakang Masalah

Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun.

Perawat menghabiskan lebih banyak waktunya bersama pasien yang mengalami nyeri dibanding tenaga profesional perawatan kesehatan lainnya dan perawat mempunyai kesempatan untuk menghilangkan nyeri dan efeknya yang membahayakan. Peran pemberi perawatan primer adalah untuk mengidentifikasi dan mengobati penyebab nyeri dan meresepkan obat-obatan untuk menghilangkan nyeri.

Manajemen nyeri merupakan suatu proses atau tindakan keperawatan yang dilakukan baik secara kolaboratif ataupun secara individu pada pasien pasca pembedahan guna mengontrol atau mengurangi nyeri serta mengendalikan rasa nyeri yang dirasa oleh pasien. Manajemen nyeri penting dilakukan dan paling tidak harus mendapat perhatian dari petugas perawat atau petugas kesehatan lainnya untuk mengurangi keluhan nyeri pada pasien. Pengendalian nyeri pada pasien pasca pembedahan dapat mengurangi keluhan

serta resiko lain akibat dari nyeri. Manajemen secara individu dapat dilakukan dengan cara mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi berupa nafas dalam dan teknik pengalihan perhatian guna mengurangi resiko nyeri pada pasien.

Faktor penyebab nyeri biasanya muncul karena luka post operasi yang masih basah atau matur dan belum lepas dan 2 x 24 jam sebagai ukuran pantauan untuk mengkaji status nyeri. Nyeri juga ditimbulkan karena gerak atau mobilisasi dini pada pasien post operasi. Untuk mencegah atau mengontrol nyeri perlu perhatian atau monitoring dan evaluasi serta kaji status nyeri pasien. Pada dasarnya pelayanan kesehatan dari suatu tim terpadu yang terdiri dari dokter, perawat, fisioterapis, ataupun tenaga kesehatan lainnya diperlukan agar terapi yang dilakukan pada pasien berjalan dan dilakukan optimal oleh penderita atau pasien itu sendiri. Manajemen nyeri bertujuan untuk membantu pasien dalam mengontrol nyeri ataupun memajemen nyeri secara optimal, mengurangi resiko lanjut dari efek samping nyeri tersebut, yang pada akhirnya pasien mampu mengontrol ataupun nyeri yang rasa tersebut hilang.

Ruang rawat inap khusus bedah memiliki peranan penting untuk menangani masalah nyeri pada pasien terutama pasien post operasi. Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Pasuruan sebagai salah satu ruang rawat inap bedah juga memiliki tanggung jawab dalam pemulihan kondisi pasien post operasi. Keluhan nyeri yang sering muncul pada pasien post operasi menandakan kurangnya pengetahuan pasien ataupun keluarga untuk menanggulangi atau kiat - kiat untuk mengatasi atau mengontrol nyeri. Hal ini perlu diperhatikan agar nyeri pasien sedini mungkin dapat di kontrol atau di atasi untuk penyembuhan yang seoptimal mungkin.

## B. Tujuan

### 1. Tujuan instruksional Umum

Setelah dilakukan proses penyuluhan kesehatan selama  $\pm$  15 menit, diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami tentang manajemen nyeri pada luka post operasi.

### 2. Tujuan instruksional Khusus

Setelah mengikuti proses penyuluhan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan mampu :

- a. Menjelaskan pengertian nyeri.
- b. Menyebutkan penyebab timbulnya nyeri.
- c. Menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri.
- d. Menyebutkan cara mengkaji persepsi nyeri.
- e. Menyebutkan cara – cara untuk mengatasi nyeri pada luka post operasi.

## C. Metode

Ceramah, demonstrasi dan diskusi/tanya jawab

## D. Media

Flip chart dan leaflet.

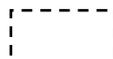
## E. Setting Tempat



Keterangan :

 = Audiens



 = Penyaji

## **F. Materi Penyuluhan**

1. Pengertian Nyeri
2. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Nyeri
3. Mengkaji Persepsi Nyeri
4. Cara – cara Mengatasi Nyeri pada Luka Post Operasi  
( Materi Terlampir ).

## **G. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan secara lisan dengan memberikan pertanyaan :

1. Apa pengertian dari nyeri?
2. Sebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri?
3. Sebutkan cara mengkaji persepsi nyeri?
4. Sebutkan cara – cara mengatasi nyeri pada luka post operasi?

## H. Kegiatan Penyuluhan Kesehatan

Hari/Tgl/ Jam	Tahap Kegiatan Penyuluhan Kesehatan	Kegiatan Penyuluhan Kesehatan	Kegiatan Pasien dan Keluarga
Kamis,24 Januari 2019 Pukul 08.30- 08.45 (1 x 15 Menit )	1. Pembukaan (3 menit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengucapkan salam.</li> <li>▪ Menyebutkan nama dan asal.</li> <li>▪ Menjelaskan tujuan.</li> <li>▪ Mengkaji tingkat pengetahuan Pasien dan keluarga tentang nyeri.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien dan keluarga membalas salam.</li> <li>▪ Pasien dan keluarga menerima kehadiran mahasiswa dengan baik.</li> <li>▪ Pasien dan keluarga memahami tujuan dengan baik.</li> <li>▪ Pasien dan keluarga berpartisipasi dalam diskusi awal.</li> </ul>
	2. Inti (10 menit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menjelaskan tentang pengertian, faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri, cara mengkaji persepsi nyeri, cara-cara mengatasi nyeri pada luka post operasi.</li> <li>▪ Memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien dan keluarga mendengarkan dan memperhatikan dengan baik.</li> <li>▪ Pasien dan keluarga mengajukan pertanyaan.</li> </ul>
	3. Penutup (2 menit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengevaluasi tujuan penyuluhan kesehatan.</li> <li>▪ Mengucapkan terima kasih atas perhatian yang diberikan dan memberi salam penutup.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien dan keluarga mampu menjawab /menjelaskan kembali.</li> <li>▪ Pasien dan keluarga membalas salam.</li> </ul>

## **MATERI PENYULUHAN**

### **A. Pengertian Nyeri**

1. Nyeri adalah suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan (Alimul,2006).
2. Nyeri adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Alimul,2006).

### **B. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri**

#### 1. Usia

Usia merupakan variabel yang penting yang mempengaruhi nyeri khususnya anak – anak dan lansia. Pada kognitif tidak mampu mengingat penjelasan tentang nyeri atau mengasosiasikan nyeri sebagai pengalaman yang dapat terjadi di berbagai situasi. Nyeri bukan merupakan bagian dari proses penuaan yang tidak dapat dihindari, karena lansia telah hidup lebih lama mereka memungkinkan lebih tinggi untuk mengalami kondisi patologis yang menyertai nyeri. Kemampuan klien lansia untuk menginterpretasikan nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keadaan berbagai penyakit disertai gejala samar - samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama.

#### 2. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda - beda, apabila nyeri tersebut memberikan kesan ancaman, suatu kehilangan dan tantangan. Misalnya seorang wanita yang bersalin akan mempersepsikan nyeri berbeda dengan seorang wanita yang mengalami nyeri akibat cedera karena pukulan pasangannya.

### 3. Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan atau distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini merupakan salah satu konsep yang perawat terapkan diberbagai terapi untuk menghilangkan nyeri seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing dan massage. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, maka perawat menempatkan nyeri pada kesadaran yang perifer.

### 4. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas. Individu yang sehat secara emosional biasanya lebih mampu mentoleransi nyeri sedang hingga berat daripada individu yang memiliki satus emosional yang kurang stabil. Klien yang mengalami cedera atau menderita penyakit kritis, seringkali mengalami kesulitan mengontrol lingkungan dan perawatan diri dapat menimbulkan tingkat ansietas yang tinggi. Nyeri yang tidak kunjung hilang sering kali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian.

### 5. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Apabila keletihan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri bahkan dapat terasa lebih berat. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap dibanding pada akhir yang melelahkan.

### 6. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila seorang klien tidak pernah mengalami nyeri maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping terhadap nyeri.

## 7. Gaya coping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat sehingga merasa kesepian. Apabila klien mengalami nyeri di keadaan perawatan kesehatan, seperti di rumah sakit klien merasa tidak berdaya dengan rasa sepi itu. Hal yang sering terjadi adalah klien merasa kehilangan kontrol terhadap lingkungan atau kehilangan kontrol terhadap hasil akhir dari peristiwa – peristiwa yang terjadi. Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian atau keseluruhan / total.

## 8. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri adalah kehadiran orang - orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu dari kelompok sosial budaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang tempat mereka menumpahkan keluhan tentang nyeri.

### **C. Mengkaji Persepsi Nyeri**

Alat – alat pengkajian nyeri dapat digunakan untuk mengkaji persepsi nyeri seseorang. Agar alat – alat pengkajian nyeri dapat bermanfaat, alat tersebut harus memenuhi kriteria berikut :

1. Mudah dimengerti dan di gunakan.
2. Memerlukan sedikit upaya pada pihak pasien.
3. Mudah dinilai.
4. Sensitif terhadap perubahan kecil terhadap intensitas nyeri.

Deskripsi verbal tentang nyeri

Individu merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dialaminya dan karenanya harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatnya. Informasi yang di perlukan harus menggambarkan nyeri individual dalam beberapa cara antara lain :

## 1. Intensitas nyeri

Individu dapat diminta untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal (misalnya tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri hebat atau sangat hebat; atau 0-10 : 0= tidak ada nyeri, 10=nyeri sangat hebat).

2. Karakteristik nyeri, termasuk letak (untuk area dimana nyeri pada berbagai organ), durasi ( menit, jam, hari, bulan), irama ( terus – menerus, hilang timbul, periode bertambah dan berkurangnya intensitas atau keberadaan dari nyeri), dan kualitas ( nyeri seperti ditusuk, seperti terbakar, sakit, nyeri seperti digencet)
3. Faktor – faktor yang meredakan nyeri (misalnya gerakan, kurang bergerak, pengerahan tenaga, istirahat, obat – obatan bebas) dan apa yang di percaya pasien dapat membantu mengatasi nyerinya.
4. Efek nyeri terhadap aktifitas kehidupan sehari – hari (misalnya tidur, nafsu makan, konsentrasi, interaksi dengan orang lain, gerakan fisik, bekerja, dan aktivitas – aktivitas santai). Nyeri akut sering berkaitan dengan ansietas dan nyeri kronis dengan depresi.
5. Kekhawatiran individu tentang nyeri. Dapat meliputi berbagai masalah yang luas, seperti beban ekonomi, prognosis, pengaruh terhadap peran dan perubahan citra diri.
6. Skala analogi visual (VAS). Skala analogi visual sangat berguna dalam mengkaji intensitas nyeri. Skala tersebut adalah berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm, dan ujungnya mengindikasikan nyeri yang berat. Pasien diminta untuk menunjukn titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang rentang tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan ‘tidak ada’ atau ‘tidak nyeri’ sedangkan ujung kanan biasa menandakan ‘berat’ atau ‘nyeri yang paling buruk’ untuk menilai hasil, sebuah penggaris di letakkan di sepanjang garis dan jarak yang di buat pasien pada garis dari ‘tidak ada nyeri’ diukur dan di tulis dalam centimeter.

D. Cara – cara Mengatasi Nyeri pada Luka *Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra*.

1. Mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri

a. Ketidakpercayaan

Pengakuan perawat akan rasa nyeri yang diderita pasien dapat mengurangi nyeri. Hal ini dapat dilakukan melalui pernyataan verbal, mendengarkan dengan penuh perhatian mengenai keluhan nyeri pasien, dan mengatakan pada pasien bahwa perawat mengkaji rasa nyeri pasien agar dapat lebih memahami tentang nyeri.

b. Kesalahpahaman

Mengurangi kesalahpahaman pasien tentang nyerinya akan mengurangi nyeri. Hal ini dilakukan dengan memberitahu pasien bahwa nyeri yang di alami bersifat individual dan hanya pasien yang tahu secara pasti tentang nyerinya.

c. Ketakutan

Memberikan informasi yang tepat dapat mengurangi ketakutan pasien dengan menganjurkan pasien untuk mengekspresikan bagaimana pasien menangani nyeri.

d. Kelelahan

Kelelahan dapat memperberat nyeri. Untuk mengatasinya, kembangkan pola aktivitas yang dapat memberikan istirahat yang cukup.

e. Kebosanan

Kebosanan dapat meningkatkan rasa nyeri. Untuk mengurangi nyeri dapat digunakan pengalih perhatian yang bersifat terapeutik. Beberapa teknik pengalih perhatian adalah bernafas pelan dan berirama, memijat secara perlahan, menyanyi berirama, aktif mendengarkan musik, membayangkan hal – hal yang menyenangkan, dan sebagainya.

2. Memodifikasi stimulus nyeri dengan menggunakan teknik – teknik seperti :

a. Teknik latihan pengalihan

- Menonton TV
- Berbincang – bincang dengan orang lain
- Mendengarkan musik

b. Teknik Relaksasi

- Menganjurkan pasien untuk menarik nafas.
- Mengisi paru – paru dengan udara, menghembuskannya secara perlahan, melemaskan otot – otot tangan, kaki, perut, dan punggung, serta mengulangi hal yang sama sambil berkonsentrasi hingga didapat rasa nyaman, tenang dan rileks.

c. Stimulasi kulit

- Menggosok secara halus pada daerah nyeri
- Menggosok punggung
- Menggunakan air hangat dan dingin
- Memijat dengan air mengalir

3. Pemberian analgetik, yang dilakukan mengganggu atau memblok transmisi stimulasi agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri.

4. Terapi Relaksasi yang biasa di terapkan

- 1). Terapi atau tehnik nafas dalam guna mengurangi atau mengontrol rasa nyeri yang di rasa datang tiba – tiba.
- 2). Terapi pengalihan nyeri dengan cara mengalihkan fokus bukan pada rasa nyeri, melainkan pada fokus yang lain seperti berbincang – bincang, menonton Televisi, mendengarkan musik, atau hal lain sehingga dapat mengalihkan perhatian pada nyeri.
- 3). Tehnik pemijitan atau pengurutan secara halus pada bagian

yang dirasa nyeri, dengan cara mengurut secara melingkar di sekitar area luka yang di rasa nyeri dengan sentuhan lembut.

## DAFTAR PUSTAKA

Alimul, A., A., A. (2006). *Pengantar kebutuhan dasar manusia 1*. Jakarta:

Salemba Medika.

Potter, P.,A & Perry, A.,G. (2005). Buku ajar fundamental keperawatan:

Konsep, proses, dan praktif (edisi 4) Jakarta : EGC.

Smeltzer, S. C. & Bare, B.G. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal - bedah*

*Brunner & Suddarth* (Edisi 8). Jakarta : EGC

Diperoleh dari situs [http://nursepoint](http://nursepoint.blogspot.com/2007/10/kelola-nyeri-pasien-anda.html) blogspot.com/2007/10/kelola-nyeri-

pasien-anda.html di akses pada hari tanggal 18 oktober 2018 pukul 15.32.

Diperoleh dari situs [http://www.google.co.id/kumpulblogger/manajemen-nyeri-](http://www.google.co.id/kumpulblogger/manajemen-nyeri-pada-pasien-pasca-pembedahan.html)

[pada – pasien – pasca - pembedahan.html](http://www.google.co.id/kumpulblogger/manajemen-nyeri-pada-pasien-pasca-pembedahan.html) di akses pada hari tanggal 18

oktober 2018 pukul 16.20

**INFORMED CONSENT**

Judul: “**Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Diagnosa Medis Post Operative Closed Fracture Humerus Sinistra Di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Pasuruan**”.

Tanggal pengambilan studi kasus..23.....Bulan.....01.....Tahun.....2019

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Santi Yetherdina Kdise** proses pengambilan studi kasus ini dan 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 sebai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan.....Partisipan  
(.....)

Tanda Tangan.....Saksi  
(.....)

Tanda Tangan.....Peneliti  
(.....)