

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.W DENGAN DIAGNOSA FRAKTUR  
HUMERUS DI RUANG PERAWATAN BEDAH RSUD KOTA MAKASSAR**



**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan Pada Program  
D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin Makassar**

**DISUSUN OLEH :**

**YOSIAS GUNAWAN FARNEUBUN**  
**NIM. C017191034**

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2022**

## HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

**NAMA** : YOSIAS GUNAWAN FARNEUBUN

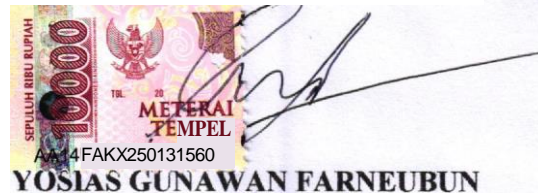
**NIM** : C017191034

**INSTITUSI** : DIII Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Tn. W Dengan Diagnosa *Fraktur Humerus* di RSUD Daya Kota Makassar, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

**Makassar, 14 september 2022**

**YANG MEMBUAT PERNYATAAN.**



**YOSIAS GUNAWAN FARNEUBUN**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.W DENGAN DIAGNOSA FRAKTUR  
HUMERUS DI RUANG PERAWATAN BEDAH RSUD KOTA MAKASSAR**

Disusun dan Diajukan Oleh :

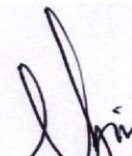
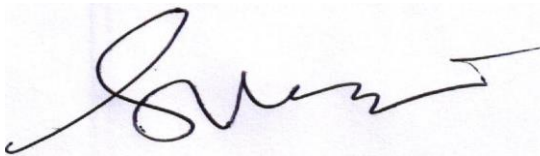
**YOSIAS GUNAWAN FARNEUBUN**  
**C017191034**

**Diterima dan disetujui untuk diperhatikan pada ujian sidang  
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin**

Menyetujui :

Pembimbing I

Pembimbing II



**SYAHRUL NINGRAT, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB**  
NIP. 198310162020053001

**ABDUL MAJID S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB**  
NIP. 198005092009121006

Mengetahui :

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



**NURMAULID, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
NIP. 198312192010122004

## HALAMAN PENGESAHAN

### GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.W DENGAN DIAGNOSA FRAKTUR HUMERUS DI RUANG PERAWATAN BEDAH RSUD KOTA MAKASSAR

Disusun Oleh :

**YOSIAS GUNAWAN FARNEUBUN**  
**NIM. C017191034**

Karya tulis ini telah dipertahankan di depan tim penguji sidang Program Studi D.III Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar Pada :

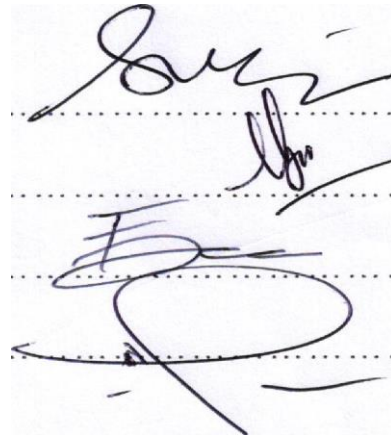
**Hari/Tanggal** : Rabu, 21 Desember 2022

**Waktu** : 13:00-15:00 Wita

**Tempat** : Ruang PB 322 Prodi DIII Keperawatan

Tim Penguji

1. Syahrul Ningrat, S.Kep.Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB
2. Abdul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB
3. Andi Fajrin Permana, S.kep.,Ns.,M.Sc
4. Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes



Mengetahui :

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



**NURMAULIDA, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
**NIP. 198312192010122004**

## RIWAYAT HIDUP



### A. Identitas

1. Nama : Yosias Gunawan Farneubun
2. Tempat Tanggal Lahir : Merauke, 08 Januari 1997
3. Jenis Kelamin : Laki-Laki
4. Suku Bangsa : Kei-Manado
5. Agama : Kristen Protestan
6. No Telepon : 0822-3923-5510
7. Email : nawanamster@gmail.com
8. Alamat : Wisma 2 Unhas

### B. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Lulus
1	SD YPPK SALIB SUCI AGATS	2010
2	SMP NEGERI 2 AGATS	2014
3	SMA YOANES XXIII MERAUKE	2017

## **ABSTRAK**

**YOSIAS GUNAWAN FARNEUBUN**

**Asuhan Keperawatan Pada Tn.W Dengan Diagnosa Fraktur Humerus Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Kota Makassar (dimimbing oleh Syahrul Ningrat dan Abdul Majid).**

Fraktur Humerus merupakan hilangnya kontinuitas tulang, baik yang bersifat total maupun sebagian, biasanya disebabkan oleh trauma. Gejala klasik fraktur adalah adanya riwayat trauma, rasa nyeri dan bengkak di bagian tulang yang patah, deformitas, gangguan fungsi muskuloskeletal, putusnya kontinuitas tulang, dan gangguan neurovaskuler.

Tujuan umum dari penulisan karya ilmiah ini adalah untuk mengetahui gambaran umum tentang asuhan keperawatan dengan fraktur humerus di ruang perawatan bedah RSUD Kota Makassar. Penyusunan karya tulis ini menggunakan metode diskriptif dengan pemaparan kasus dan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, studi dokumentasi, metode kepustakaan. Kesimpulan dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah pada Tn.W dengan fraktur humerus diagnosa keperawatan yang muncul diantaranya nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi, Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan tidak dapat bergerak secara bebas.

Kata Kunci : *Fraktur Humerus Sinistra, Asuhan Keperawatan*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan yang Maha Esa sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul : **“Asuhan Keperawatan Pada Klien “Tn.W” Dengan Diagnosa Fraktur Humerus Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Kota Makassar”**.

Karya Tulis Ilmiah ini telah membantu penulis untuk belajar menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan ilmiah pada setiap tahap proses keperawatan. Penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan mulai dari pengambilan kasus sampai pendokumentasiannya, namun berkat usaha, bantuan dan motivasi dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini : Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, M.Sc, Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Pemerintah Daerah Kabupaten Asmat.
4. Syahrul Said, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D, selaku Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovator Fakultas Keperawatan Hasanuddin.
5. Dr. Erfina, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Wakil Dekan Bidang Perencanaan, Keuangan dan Sumber Daya Fakultas Keperawatan.
6. Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaa, Alumni dan Kemitraan Fakultas Keperawatan.
7. Dr. Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Ketua Gugus Penjaminan Mutu Fakultas Keperawatan.
8. Nurmaulid, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan.
9. Kepala Rumah Sakit RSUD Kota Makassar.

10. Syahrul Ningrat, S.Kep.Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB (Selaku pembimbing I sekaligus Penguji I).
11. Abdul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB (Selaku Pembimbing II Sekaligus Penguji II).
12. Andi Fajrin Permana, S.kep.,Ns.,M.Sc (Penguji III).
13. Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes (Penguji IV).
14. Seluruh pengolah D.III Keperawatan, Fakultas Keperawatan.
15. Tn.W dan keluarga yang telah mengizinkan penulis menjadikan dirinya sebagai Klien dalam Karya Tulis Ilmiah ini.
16. Almarhum Ayahnda saya Andreas Joseph Farneubun dan Ibunda tercinta saya Dorce Batsebah Supit Dan Semua keluarga besar Farneubun selaku rekan-rekan DIII saya yang selalu support saya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Makassar, 2022

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
RIWAYAT HIDUP .....	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
C. Manfaat Penelitian .....	3
D. Metode Penelitian.....	4
BAB II.....	5
TINJAUAN PUSTAKA .....	5
A. Konsep Fracture Humerus .....	5
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	11
BAB III .....	26
TINJAUAN KASUS.....	26

A. Pengkajian.....	26
B. Diagnosa Keperawatan .....	31
C. Intervensi Keperawatan .....	32
D. Implementasi dan Evaluasi .....	34
BAB IV .....	37
PEMBAHASAN.....	37
A. Pengkajian.....	37
B. Diagnosa Keperawatan .....	40
C. Tahap Perencanaan .....	41
D. Tahap Implementasi.....	42
E. Tahap Evaluasi.....	43
BAB V .....	44
PENUTUP.....	44
A. Kesimpulan .....	44
B. Saran .....	45
DAFTAR PUSTAKA.....	46

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Fraktur atau patah tulang adalah gangguan komplet atau tak komplet pada kontinuitas struktur tulang dan dikelompokkan sesuai dengan jenis dan keluasannya. Fraktur terjadi ketika tulang menjadi subjek tekanan yang lebih besar dari yang dapat diresapnya (Smeltzer dan Bare, 2019). Fraktur terdiri dari dua jenis yaitu fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Fraktur terbuka adalah suatu fraktur dimana terjadi hubungan dengan lingkungan luar melalui kulit sehingga ada kemungkinan terjadi kontaminasi bakteri yang dapat menimbulkan komplikasi berupa infeksi. Sedangkan fraktur tertutup adalah suatu fraktur yang tidak mempunyai hubungan dengan lingkungan luar sehingga pada fraktur tertutup tidak terdapat luka luar.

Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO, 2010 dalam Budiman, 2018) penyebab dari fraktur yang paling banyak yaitu kecelakaan lalu lintas (46,2%). Kecelakaan lalu lintas seringkali terjadi di negara berkembang seperti di Indonesia, kecelakaan lalu lintas merupakan pembunuh nomor tiga di Indonesia, selain menyebabkan fraktur terdapat lebih dari delapan juta orang meninggal dikarenakan insiden kecelakaan lalu lintas.

Kasus kecelakaan lalu lintas di Indonesia tahun 2017 sebanyak 20.829 kasus. Dari angka tersebut yang mengalami fracture atau patah tulang adalah sebanyak 1.770 orang atau (8,5%) (menurut Novita, 2012 dalam Budiman, 2018). Penyebab lain dari fraktur yaitu trauma atau cedera, berdasarkan Riset Kesehatan Daerah 2018 masalah cedera mengalami peningkatan dari 8,2% pada tahun 2013 menjadi 9,2% pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018).

Menurut data yang didapatkan oleh penulis di RSUD Ungaran pada tahun 2018 sebanyak 22 kasus fracture Humerus yang terdiri dari 13 laki-laki dan 9 perempuan dan pada tahun 2019 sebanyak 25 kasus Humerus yang terdiri dari 12 laki-laki dan 13 perempuan Sehingga dari data diatas dapat disimpulkan bahwa prevalensi kejadian fraktur pada tahun 2018-2019 di RSUD Ungaran prevalensi tertinggi adalah fraktur Humerus pada tahun 2019 dengan jumlah 25 orang (RSUD Ungaran,2019) .

Penanganan fracture harus segera dilakukan dan diberikan tindakan yang tepat dengan imobilisasi sesegera mungkin dilakukan karena pergerakan pada fragmen tulang dapat menyebabkan nyeri. Penanganan fraktur pada bagian ekstremitas dibagi menjadi dua yaitu secara operatif dan konservatif. Tindakan operatif dilakukan dengan pemasangan pin, kawat, sekrup, plat paku, atau batangan logam yang dikenal dengan Open Reduction Internal Fixatie (ORIF) atau Open Reduction Eksternal Fixatie (OREF) yang digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang sampai penyembuhan tulang yang solid terjadi (Lukman dan Nurna, 2011).

Setiap tindakan pembedahan selalu berhubungan dengan adanya insisi (sayatan) hal ini merupakan trauma bagi pasien sehingga dapat menimbulkan keluhan nyeri dimana nyeri tersebut dapat mengurangi kenyamanan pada pasien. International Association for Study of Pain, mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Curton, 1983 dalam Prasetyo, 2010). Nyeri setelah pembedahan merupakan hal yang fisiologis, tetapi hal ini merupakan salah satu keluhan yang paling ditakuti oleh pasien setelah pembedahan (Wicaksono, 2016).

Keluhan nyeri sering ditemukan terutama pada pasien fracture yang dapat mengganggu kenyamanan pasien terutama pada pasien setelah dilakukan tindakan operasi. Perawat mengupayakan untuk membantu mengurangi atau menghilangkan nyeri yang dirasakan oleh pasien menggunakan penatalaksanaan nyeri yaitu dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan farmakologi dilakukan oleh perawat dengan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat-obatan untuk membantu mengurangi nyeri hebat atau berat. Penatalaksanaan non-farmakologi dapat dilakukan oleh perawat secara mandiri seperti teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu bentuk asuhan keperawatan dimana perawat mengajarkan pasien cara untuk melakukan nafas dalam yang dapat merilekskan dan mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien. Teknik ini sangat efektif karena tidak menggunakan obat untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Selain teknik relaksasi nafas dalam penatalaksanaan non-farmakologi dapat dilakukan dengan cara bimbingan antisipasi, terapi es dan panas/kompres panas dan dingin, distraksi, imajinasi terbimbing, hipnosis, akupuntur, massage, serta terapi musik (Andarmoyo, 2013).

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn.W dengan diagnosa medis *fracture humerus sinistra* di ruang perawatan bedah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian yang tepat pada klien dengan fracture humerus sinistra di RSUD Kota Makassar.
- b. Mampu melakukan analisa data dan menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan fracture humerus sinistra di RSUD Kota Makassar.
- c. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada klien dengan fracture humerus sinistra di RSUD Kota Makassar.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada klien dengan close fracture humerus sinistra di RSUD Kota Makassar
- e. Mampu mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada klien dengan close fracture humerus sinistra di RSUD Kota Makassar
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah diberikan pada klien dengan close fracture humerus sinistra di RSUD Kota Makassar
- g. Mampu mengidentifikasi kesenjangan antara teori dan praktik di ruang perawatan bedah di RSUD Kota Makassar.

## **C. Manfaat Penelitian**

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

### **1. Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan dalam standar penggunaan asuhan keperawatan dengan fracture humerus di RSUD Kota Makassar.

### **2. Bagi Instansi Pendidikan**

Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang.

### **3. Bagi Ilmu Pengetahuan**

Sebagai salah satu referensi untuk menambah pengetahuan tentang fracture humerus dan asuhan keperawatan yang diterapkan.

#### 4. **Bagi Penulis**

Memberikan wawasan dan pemahaman pada penulis dalam memberikan dan menyusun pentalaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan close fracture humerus.

### **D. Metode Penelitian**

#### 1. **Desain Penelitian**

Metode deskripsi 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, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### 2. **Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Ruang Perawatan Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar pada Tanggal 01 juni 2022

##### A. Teknik pengumpulan data Primer

###### a. Wawancara

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

###### b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien.

###### c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

##### B. Teknik pengumpulan data Sekunder

###### a. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawatan, hasil-hasil pemeriksaan dan petugas kesehatan lain.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Fracture Humerus**

##### **1. Pengertian**

Dari beberapa referensi yang memuat tentang Fraktur Humerus di antara referensi yang penulis temukan adalah :

- a. Fraktur humerus adalah terputusnya hubungan tulang humerus disertai kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, pembuluh darah) sehingga memungkinkan terjadinya hubungan antara fragmen tulang yang patah dengan udara luar yang disebabkan oleh cedera dari trauma langsung yang mengenai lengan atas (*Muttaqin,2011*).
- b. Menurut (*Hardisman dan Riski,2014*), fracture adalah terputusnya kontinuitas tulang, lempeng epiphyseal atau permukaan rawan sendi. Karena tulang dikelilingi oleh struktur jaringan lunak, tekanan fisik yang menyebabkan terjadinya fraktur, dan tekanan fisik juga menimbulkan pergeseran mendadak pada fragmen fraktur yang selalu menghasilkan cedera jaringan lunak disekitarnya.
- c. Fraktur atau patah tulang menurut (*Sjamsuhidayat dan Jong,2005*) adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan/ atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh ruda paksa.

##### **2. Anatomi Fisiologi**

###### **a. Struktur Tulang**

Tulang sangat bermacam-macam baik dalam bentuk ataupun ukuran, tapi mereka masih punya struktur yang sama. Lapisan yang paling luar disebut Periosteum dimana terdapat pembuluh darah dan saraf. Lapisan dibawah periosteum mengikat tulang dengan benang kolagen disebut benang sharpey, yang masuk ke tulang disebut korteks. Karena itu korteks sifatnya keras dan tebal sehingga disebut tulang kompak. Korteks tersusun solid dan sangat kuat yang disusun dalam unit struktural yang

disebut Sistem Haversian. Tiap sistem terdiri atas kanal utama yang disebut Kanal Haversian. Lapisan melingkar dari matriks tulang disebut Lamellae, ruangan sempit antara lamellae disebut Lakunae (didalamnya terdapat osteosit) dan Kanalikuli. Tiap sistem kelihatan seperti lingkaran yang menyatu. Kanal Haversian terdapat sepanjang tulang panjang dan di dalamnya terdapat pembuluh darah dan saraf yang masuk ke tulang melalui Kanal Volkman. Pembuluh darah inilah yang mengangkut nutrisi untuk tulang dan membuang sisa metabolisme keluar tulang. Lapisan tengah tulang merupakan akhir dari sistem Haversian, yang didalamnya terdapat Trabekulae (batang) dari tulang. Trabekulae ini terlihat seperti spon tapi kuat sehingga disebut Tulang Spon yang di dalam nya terdapat bone marrow yang membentuk sel-sel darah merah. Bone Marrow ini terdiri atas dua macam yaitu bonemarrow merah yang memproduksi sel darah merah melalui proses hematopoiesis dan bone marrow kuning yang terdiri atas sel-sel lemak dimana jika dalam proses fraktur bisa menyebabkan Fat Embolism Syndrom (FES).

Tulang terdiri dari tiga sel yaitu osteoblast, osteosit, dan osteoklast. Osteoblast merupakan sel pembentuk tulang yang berada di bawah tulang baru. Osteosit adalah osteoblast yang ada pada matriks. Sedangkan osteoklast adalah sel penghancur tulang dengan menyerap kembali sel tulang yang rusak maupun yang tua. Sel tulang ini di ikatoleh elemen-elemen ekstra seluler yang disebut matriks. Matriks ini di bentuk oleh benang kolagen, protein, karbohidrat, mineral, dan substansi dasar (gelatin) yang berfungsi sebagai media dalam difusinutrisi, oksigen, dan sampah metabolisme antara tulang daengan pembuluh darah. Selain itu, di dalamnya terkandung garam kalsiumorganik (kalsium dan fosfat) yang menyebabkan tulang keras. Sedangkan aliran darah dalam tulang antara 200 – 400 ml/ menit melalui prosesvaskularisasi tulang (Black,J.M,et al,1993 dan Ignatavicius, Donna.D,1995).

#### b. Tulang Panjang

Adalah tulang yang panjang berbentuk silinder dimana ujungnya bundar dan sering menahan beban berat (Ignatavicius, Donna. D, 1995).Tulang panjang



terdiri atas epifisis, tulang rawan, diafisis, periosteum, dan medula tulang. Epifisis (ujung tulang) merupakan tempat menempelnya tendon dan mempengaruhi kestabilan sendi. Tulang rawan menutupi seluruh sisi dari ujung tulang dan mempermudah pergerakan, karena tulang rawan sisinya halus dan licin. Diafisis adalah bagian utama dari tulang panjang yang memberikan struktural tulang. Metafisis merupakan bagian yang melebar dari tulang panjang antara epifisis dan diafisis. Metafisis ini merupakan daerah pertumbuhan tulang selama masa pertumbuhan. Periosteum merupakan penutup tulang sedang rongga medula (marrow) adalah pusat dari diafisis (Black, J.M, et al, 1993).

### c. Tulang Humerus

Tulang humerus terbagi menjadi tiga bagian yaitu kaput (ujung atas), korpus, dan ujung bawah.

#### 1. Kaput

Sepertiga dari ujung atas humerus terdiri atas sebuah kepala, yang membuat sendi dengan rongga glenoid dari skapula dan merupakan bagian dari bantalan sendi bahu. Di bawahnya terdapat bagian yang lebih ramping disebut leher anatomik. Disebelah luar ujung atas di bawah leher anatomik terdapat sebuah benjolan, yaitu Tuberositas Mayor dan disebelah depan terdapat sebuah benjolan lebih kecil yaitu Tuberositas Minor. Diantara tuberositas terdapat celah bisipital (sulkus intertuberkularis) yang membuat tendon dari otot bicep. Di bawah tuberositas terdapat leher chirurgis yang mudah terjadi fraktur.

#### 2. Korpus

Sebelah atas berbentuk silinder tapi semakin ke bawah semakin pipih. Disebelah lateral batang, tepat di atas pertengahan disebut tuberositas deltoideus (karena menerima insersi otot deltoid). Sebuah celah benjolan oblik melintasi sebelah belakang, batang, dari sebelah medial ke sebelah lateral dan memberi jalan kepada saraf radialis atau saraf muskulo-spiralis sehingga disebut celah spiralis atau radialis.

### 3. Ujung Bawah

Berbentuk lebar dan agak pipih dimana permukaan bawah sendi dibentuk bersama tulang lengan bawah. Trokhlea yang terlatidak di sisi sebelah dalam berbentuk gelendong-benang tempat persendian dengan ulna dan disebelah luar terdapat kapitulium yang bersendi dengan radius. Pada kedua sisi persendian ujung bawah humerus terdapat epikondilyaitu epikondil lateral dan medial. (Pearce, Evelyn C, 1997).

### 4. Fungsi Tulang

- a. Memberi kekuatan pada kerangka tubuh.
- b. Tempat melekatnya otot.
- c. Melindungi organ penting.
- d. Tempat pembuatan sel darah.
- e. Tempat penyimpanan garam mineral.

**(Ignatavicius, Donna D, 1993)**

## 3. Etiologi

Etiologi Terjadinya Fracture Menurut Rosyidi (2013) yaitu :

### 1) Kekerasan langsung

Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fracture demikian sering bersifat fracture terbuka dengan garis patah melintang atau miring.

### 2) Kekerasan tidak langsung

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

### 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.

#### **4. Insiden**

Fracture Humerus dapat di sebabkan oleh beberapa hal di antaranya :

- 1). Cedera akibat terjatuh
- 2). Kecelakaan lalu lintas
- 3). Perkelahian
- 4). Penyakit yang dapat melemahkan tulang, seperti osteoporosis, kelainan genetik yang menyebabkan tulang rapuh (osteogenesis imperfekta), infeksi tulang (osteomielitis), dan kanker tulang

#### **5. Patofisiologi**

Tulang bersifat rapuh namun cukup mempunyai kekuatan dan gaya pegas untuk menahan tekanan. Tapi apabila tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang dapat diserap tulang, maka terjadilah trauma pada tulang yang mengakibatkan rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang. Setelah terjadi fracture, periosteum dan pembuluh darah serta saraf dalam korteks, marrow, dan jaringan lunak yang membungkus tulang rusak. Perdarahan terjadi karena kerusakan tersebut dan terbentuklah hematoma di rongga medula tulang. Jaringan tulang segera berdekatan ke bagian tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis ini menstimulasi terjadinya respon inflamasi yang ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma dan leukosit, dan infiltrasi sel darah putih.

#### **6. Manifestasi Klinik**

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

1. Tidak dapat menggunakan anggota gerak.
2. Nyeri pembengkakan.
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).
4. Gangguan fungsional anggota gerak.
5. Deformitas.
6. Kelainan gerak.

7. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada daerah fraktur.
8. Krepitasi atau datang dengan gejala-gejala lain.
9. Komplikasi.
10. Komplikasi awal.

## **7. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut (Rosyidi,2013) pemeriksaan penunjang yang dilakukan sebagai berikut :

- 1). Pemeriksaan Rontgen : Menentukan lokasi atau luasnya Fracture atau trauma, dan jenis fracture.
- 2). Sken tulang, tomogram, CT SCAN/MRI : Memperlihatkan tingkat keparahan fracture, juga dapat untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- 3). Arteriogram : Dilakukan bila dicurigai adanya kerusakan vaskuler.
- 4). Hitung darah lengkap : Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fracture atau organ jauh pada multiple trauma). Peningkatan jumlah SDP adalah proses stress normal setelah trauma.
- 5). Kreatinin : Trauma otot meningkat beban kreatinin untuk klien ginjal.
- 6). Profil koagulasi : Perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi multiple atau cidera hati.

## **8. Pentalaksanaan Medik**

- 1) Reduksi fraktur, berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis Reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fragmen tulang keposisinya dengan manipulasi dan traksi manual.

Traksi digunakan untuk mendapatkan efek reduksi dan imobilisasi. Beratnya traksi disesuaikan dengan spasme otot yang terjadi.

Reduksi terbuka, dengan pendekatan bedah, fragmen tulang direduksi. Alatfiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku atau batangan logam yang dapat digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang yang solid terjadi.

- 2) Imobilisasi fraktur, mempertahankan reduksi sampai terjadi penyembuhan. Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang harus diimobilisasi atau dipertahankan dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Metode fiksasi eksterna meliputi pembalutan, gips, bidai, traksi kontinu, pin, dan teknik gips atau fiksator eksterna. Sedangkan fiksasi interna dapat digunakan implant logam yang dapat berperan sebagai bidai interna untuk mengimobilisasi fraktur.
- 3) Rehabilitasi, mempertahankan dan mengembalikan fungsi setelah dilakukan reduksi dan imobilisasi

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

- 1) Identitas Klien Lakukan pengkajian pada identitas klien dan isi identitasnya yang meliputi: nama, jenis kelamin, suku bangsa, tanggal lahir, alamat, agama, dan tanggal pengkajian serta siapa yang bertanggung jawab terhadap klien.
- 2) Keluhan utama : Penderita biasanya mengeluh nyeri.
- 3) Riwayat kesehatan
  - a. Riwayat kesehatan dahulu : Pada klien fraktur pernah mengalami kejadian patah tulang apa pernah mengalami tindakan operasi apa tidak.
  - b. Riwayat kesehatan sekarang : Pada umumnya penderita mengeluh nyeri pada daerah luka (pre/post op).
  - c. Riwayat kesehatan keluarga : Didalam anggota keluarga tidak / ada yang pernah mengalami penyakit fraktur / penyakit menular.

### **2. Dampak Kebutuhan Dasar Manusia**

1. Keadaan umum  
Kesadaran: compos mentis, somnolen, apatis, sopor koma dan koma dan apakah klien paham tentang penyakitnya.
2. Pengkajian Kebutuhan Dasar
  - a. Rasa nyaman/nyeri Gejala : nyeri berat tiba-tiba pada saat cedera (mungkin terlokalisasi pada area jaringan/kerusakan tulang, dapat berkurang pada

imobilisasi), tidak adanya nyeri akibat kerusakan saraf. Spasme/kram otot (setelah imobilisasi).

- b. Nutrisi Pada klien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien.
- c. Kebersihan Perorangan  
Klien fraktur pada umumnya sulit melakukan perawatan diri.
- d. Cairan  
Perdarahan dapat terjadi pada klien fraktur sehingga dapat menyebabkan resiko terjadi kekurangan cairan.
- e. Aktivitas dan Latihan  
Kehilangan fungsi pada bagian yang terkena dimana Aktifitas dan latihan mengalami perubahan/gangguan akibat adanya luka sehingga perlu dibantu.
- f. Eliminasi  
Untuk kasus fraktur tidak ada gangguan pada pola eliminasi, tapi walaupun begitu perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi urin dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak.
- g. Tidur dan Istirahat  
Semua klien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur

- h. Neurosensory Biasanya klien mengeluh nyeri yang disebabkan oleh adanya kerusakan jaringan lunak dan hilangnya darah serta cairan seluler ke dalam jaringan. Gejala : Kesemutan, Deformitas, krepitasi, pemendekan, kelemahan.
- i. Keamanan Tanda dan gejala : laserasi kulit, perdarahan, perubahan warna, pembengkakan local
- j. Seksualitas  
Dampak pada klien fraktur yaitu, klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya.
- k. Keseimbangan dan Peningkatan Hubungan Resiko serta Interaksi Sosial Psikologis : gelisah, sedih, terkadang merasa kurang sempurna  
Sosiologis : komunikasi lancar/tidak lancar, komunikasi verbal/nonverbal dengan orang terdekat/keluarga, spiritual tak/dibantu dalam beribadah.

### 3. Pemeriksaan Fisik

#### 1. Keadaan Umum

- a. Kesadaran penderita: apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan klien.
- b. Kesakitan, keadaan penyakit: akut, kronik, ringan, sedang, berat, dan pada kasus fraktur biasanya akut.
- c. Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk

#### 2. Secara sistemik dari kepala sampai kelamin.

- a. Sistem integument : terdapat eritema, suhu sekitar daerah trauma meningkat, bengkak, odema, nyeri tekan.

- b. Kepala : tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.
- c. Leher : tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, reflek menelan ada.
- d. Muka : Wajah terlihat menahan sakit , lain-lain tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk, tidak ada lesi, simetris, tidak odema.
- e. Mata : Tidak ada gangguan seperti konjungtiva tidak anemis (karena tidak terjadi perdarahan).
- f. Telinga : tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal, tidak ada lesi atau nyeri tekan.
- g. Hidung : tidak ada deformitas, tidak ada pernapasan cuping hidung
- h. Mulut dan faring: tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan , mukosa mulut tidak pucat.
- i. Thoraks : tidak ada pergerakan otot intercostae, gerakan dada simetris.
- j. Paru  
 Inspeksi : Pernafasan meningkat, regular atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru. Palpasi : Pergerakan sama atau simetris, fremitus sama. Perkusi : Suara ketok sonor, tidak ada redup, suara tambahan lainnya. Auskultasi : Suara napas normal, tidak ada wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.
- j. Jantung  
 Inspeksi : Tidak tampak iktus jantung  
 Palpasi : Nadi meningkat, iktus tidak teraba  
 Perkusi : Sonor  
 Auskultasi: Suara s1 dan s2 tunggal, tidak ada mur-mur.
- k. Abdomen  
 Inspeksi : Bentuk datar , simetris, tidak ada hernia  
 Palpasi : Turgor baik, tidak ada defans muskuler (nyeri tekan pada seluruh lapang abdomen), hepar tidak teraba  
 Perkusi : Suara timpani, ada pantulan



gelembang cairan Auskultasi : Peristaltik usus normal kurang lebih 20 kali permenit.

1. Inguinal-Genetalia-Anus : Tak ada hernia , tak ada pembesaran limfe,tak ada kesulitan BAB

### 3. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien Fraktur menurut Doenges (2000) antara lain :

1. Nyeri berhubungan dengan spasme otot, edema dan cedera pada jaringan lunak.
2. Resiko tinggi terhadap trauma berhubungan dengan kehilangan integritas tulang.
3. Resiko tinggi terhadap disfungsi terhadap disfungsi neurovaskuler prifer berhubungan dengan penurunan atau intrupsi aliran darah, edema berlebihan, hipovolemia.Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan aliran darah/emboli lemak.
4. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka/tulang neuromuskuler.
5. Kerusakan integrasi jaringan kulit berhubungan dengan fraktur terbuka, bedah perbaikan, pemasangan traksi pen, kawat, sekrup.
6. Kurang pengetahuan terhadap kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang paparan informasi.

## 1. Rencana Keperawatan

### a. Diagnosa keperawatan

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

### b. Intervensi diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan 31 trauma jaringan, post operative closed fracture humerus sinistra

Tujuam/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan nyeri akut teratasi</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).</li> <li>Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Beri penjelasan pada klien dan keluarga tentang penyebab nyeri.</li> <li>Kaji tingkat nyeri pada klien (lokasi, karakteristik dan durasi) serta respon verbal dan non verbal pada klien yang mengisyaratkan nyeri.</li> <li>Ajarkan pada klien cara mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi.</li> <li>Pertahankan immobilisasi / bedrest karena adanya trauma / patah tulang / pemasangan traksi</li> <li>Observasi tanda-tanda vital.</li> <li>Lakukan kolaborasi dalam pemberian obat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dengan memberikan penjelasan diharapkan klien tidak merasacemas dan dapat melakukan sesuatu yang dapat mengurangi nyeri.</li> <li>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.</li> <li>Teknik nafas dalam dan mengalihkan nyeri mampu menstimulus otak terhadap nyeri sehingga mengurangi nyeri.</li> <li>Immobilisasi / bedrest dapat meringankan nyeri dan mencegah displacement tulang /</li> </ol>

	sesuai dengan yang di indikasikan yaitu analgesik dan pelemas otot.	eksistensi jaringan luka. 5. Observasi tanda - tanda vital dapat diketahui keadaan umum klien. 6. Obat analgesik diharapkan dapat mengurangi nyeri dan obat pelemas otot diharapkan dapat melemaskan otot.
--	---	--

a. Diagnosa keperawatan

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

b. 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. Kriteria hasil : 1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan.</p> <p>2. Tidak ortostatik Hipertensi ortostatik.</p> <p>3. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji secara kompherensi sirkulasi perifer.</li> <li>2. Evaluasi nadi perifer dan edema.</li> <li>3. Evaluasi anggota badan atau lebih.</li> <li>4. Ubah posisi pasien setiap 2 jam sekali.</li> <li>5. Dorong latihan ROM sebelum bedrest.</li> <li>6. Kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian anti platelet atau anti perdarahan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sirkulasi perifer dapat menunjukan tingkat keparahan penyakit.</li> <li>2. Pulsasi yang lemah menimbulkan kardiak output menurun.</li> <li>3. Untuk meningkatkan venous return.</li> <li>4. Mencegah komplikasi dekubitus.</li> <li>5. Menggerakkan otot dan sendi agar tidak kaku.</li> <li>6. Meminimalkan adanya bekuan dalam darah.</li> </ol>

a. Diagnosa keperawatan

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operative closed fracture humerus sinistra.

b. 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. Kriteria hasil : 1. Integritas kulit yang baik Bisa di pertahankan (sensasi, Elastisitas, 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>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>2. Hindari kerutan pada tempat tidur, ganti seprei setiap hari</li> <li>3. Jaga kebersihan kulit yang luka agar tetap bersih dan kering</li> <li>4. Monitor aktivitas dan mobilisasi</li> <li>5. Monitor kulit akan adanya oedema dan kemerahan</li> <li>6. Anjurkan klien untuk melakukan gerak aktif sedikit demi sedikit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyaman saat di gerakkan dan luka tidak tertekan.</li> <li>2. Memberikan posisi yang nyaman</li> <li>3. Menjaga kebersihan kulit untuk menghindari adanya infeksi</li> <li>4. Mengetahui tingkat mobilisasi klien</li> <li>5. Menghindari adanya infeksi dan perubahan perfusi jaringan</li> <li>6. Mempertahankan kekuatan otot serta meningkatkan sirkulasi</li> </ol>

- a. Diagnosa keperawatan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).
- b. Intervensi diagnosa Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restriktif (imobilisasi).

Tujuam/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan hambatan mobilitas fisik teratasi. Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Klien meningkat dalam aktivitas fisik.</li> <li>2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas.</li> <li>3. Memverbalisasikan Perasaan dalam meningkat kekuatan dan kemampuan berpindah.</li> <li>4. Mempergerakan penggunaan alat.</li> <li>5.Bantu untuk mobilisasi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi keterbatasan gerak klien dan cacat respon klien terhadap immobilisasi.</li> <li>2. Anjurkan klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas dan pertahankan stimulasi lingkungan antara lain TV, Radio dan surat kabar.</li> <li>3. Ajarkan pada klien untuk berlatih secara aktif/pasif dari latihan ROM.</li> <li>4. Monitor tekanan darah dan catat masalah sakit kepala.</li> <li>5. Konsultasikan dengan ahli terapi fisik / spesialis, rehabilitasi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dengan observasi dapat diketahui seberapa jauh tingkat perubahan fisik klien (keterbatasan gerak) dan bagaimana respon / persepsi klien tentang gambaran dirinya.</li> <li>2. Dapat memberi kesempatan pasien untuk mengeluarkan energi, memfokuskan perhatian, meningkatkan rangsangan kontrol diri pasien dan membantu dalam menurunkan isolasi sosial.</li> <li>3. Dapat menambah aliran darah ke otot dan tulang melakukan gerakan sendi dapat mencegah kontraktur.</li> <li>4. Hipertensi postural adalah masalah umum yang mengurangi bedrest lama dan memerlukan tindakan khusus.</li> <li>5. Konsultasi dengan ahli terapi / spesialis rehabilitasi dapat menciptakan program aktivitas dan latihan individu.</li> </ol>

- a. Diagnosa keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, (pemasangan traksi).
- b. Intervensi diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, (pemasangan traksi).

Tujuam/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan resiko infeksi teratasi. Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2.Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi serta penatalaksanaan.</li> <li>3.Menunjukkan kemampuan untuk mengatasi timbulnya infeksi.</li> <li>4.Jumlah leukosit dalam batas normal.</li> <li>5.Menunjukkan perilaku hidup sehat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji keadaan luka (kontinuitas dari kulit) terhadap adanya: edema, rubor, kalor, dolor, fungsi laesa.</li> <li>2. Anjurkan klien untuk tidak memegang bagian yang luka.</li> <li>3.Merawat luka dengan menggunakan teknik aseptik.</li> <li>4.Mewaspadaai adanya keluhan nyeri mendadak, keterbatasan gerak, edema lokal, eritema pada daerah luka.</li> <li>5.Kolaborasi: Pemeriksaan darah : Leukosit Pemberian obat-obatan antibiotika dan TT (Toksoid Tetanus). Persiapan untuk operasi sesuai indikasi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui tanda - tanda infeksi.</li> <li>2. Meminimalkan terjadinya kontaminasi.</li> <li>3.Mencegah kontaminasi dan kemungkinan infeksi silang.</li> <li>4.Merupakan indikasi adanya osteomilitus.</li> <li>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.</li> </ol>

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

## 2. Implementasi Keperawatan

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 40 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 aseptik 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 41 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.

### **3. Evaluasi Keperawatan**

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).

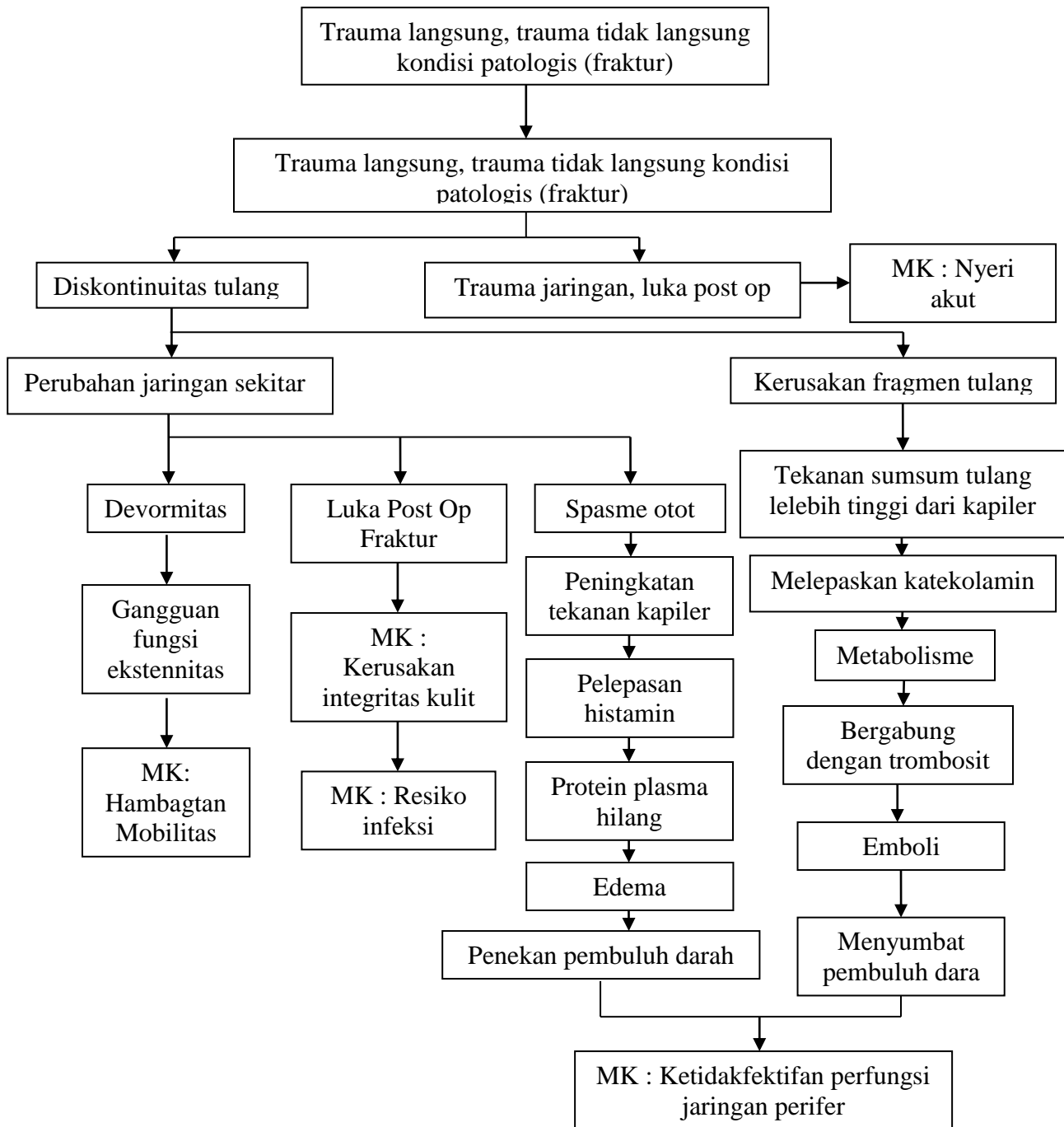
Pada diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operative closed fracture humerus sinistra, selama 2 x 24 jam diharapkan luka bersih tidak lembab dan tidak kotor, mencapai penyembuhan luka sesuai waktu, menunjuka perilaku atau teknik untuk mencegah kerusakan kulit.

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 42 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, tandatanda 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.

#### 4. Kerangka Masalah



Gambar 2.1 Kerangka Masalah Fraktur