

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN FRAKTUR HUMERUS POST OP SINISTRA DAN DEKSTRA DI RSUD JOMBANG

by Deliana Mistamur Rofiah 201210003

Submission date: 16-Oct-2023 09:22PM (UTC+0800)

Submission ID: 2197455390

File name: NEW_DELIANA_KTI_201210003_-_Deliana_Roiffah.docx (359.27K)

Word count: 8859

Character count: 60865

6
KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
FRAKTUR HUMERUS POST OP SINISTRA DAN
DEKSTRA DI RSUD JOMBANG**



OLEH:
DELIANA MISTAMUR ROFIAH
201210003

8
**PROGRAM STUDI DIPLOMA-III KEPERAWATAN FAKULTAS
VOKASI INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2023**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia merupakan negara berkembang yang tingkat mobilitas dan kebutuhanwarganya terus meningkat dari tahun ke tahun, pastinya merasa kesulitan mengatur waktu karena waktu yang mereka miliki tidak sebanding dengan aktifitas dan kebutuhan yang harus mereka lakukan, akibatnya terburu buru dan kurangnya kehati- hatian dalam bergerak akan beresiko mencederai, begitu juga dengan peningkatan penggunaan transportasi. Masyarakat yang tinggal di perkotaan akan memilih kendaraan pribadi sebagai transportasinya, dengan alasan agar lebih praktis dalam memenuhi mobilitasnya, tanpa disadari arus lalu lintas akan semakin padat dan cenderung tidak teratur (Andriyati, 2021). Kejadian ini umumnya memicu terjadinya kecelakaan bermotor yang juga menyebabkan cedera. Cedera yang sering kita jumpai dari kejadian tersebut adalah fraktur. Tindakan pembedahan adalah tindakan yang akan dijalani setelah mengalami fraktur agar pemulihan cedera lebih cepat dan maksimal. Tindakan pembedahan akan memerlukan perawatan intensif dan berbagai macam perawatan pasca pembedahan yangberpengaruh terhadap tingkat kecemasan klien (Indrawati, dkk2020).

World Health Organization (WHO) menyatakan pada tahun 2011 Kecelakaan lalu lintas di Dunia dinilai menjadi pembunuh terbesar ketiga, lebih dari 7 juta orang meninggal dikarenakan insiden kecelakaan dan sekitar 2 juta orang mengalami kecacatan fisik. Insiden kecelakaan yang memiliki prevalensi cukup tinggi yakni insiden fraktur ekstremitas bawah yakni sekitar 46,2% dari insiden kecelakaan yang terjadi. Departemen Kesehatan RI tahun 2009 menyatakan sekitar 8 juta orang

mengalami kejadian fraktur dengan jenis fraktur yang berbeda dan penyebab yang berbeda. 25% penderita fraktur yang mengalami kematian, 45% mengalami cacat fisik, 15% mengalami stress psikologis karena cemas bahkan depresi, dan 10% mengalami kesembuhan dengan baik. Kasus fraktur yang disebabkan oleh cedera antara lain karena jatuh, kecelakaan lalu lintas dan trauma benda tajam atau tumpul. Dari 45.987 peristiwa terjatuh yang mengalami fraktur sebanyak 1.775 orang, (3,8%), dari 20.829 kasus kecelakaan lalu lintas, yang mengalami fraktur sebanyak 1.770 orang (8,5%), dari 14.127 trauma benda tajam/ tumpul, yang mengalami fraktur sebanyak 236 orang (1,7%).

Fraktur di Jawa Timur menduduki peringkat ke 6 dalam prevalensi nasional. Akibat jatuh (58,0%), Kecelakaan transportasi darat (25,9%), dan luka benda tajam (20,6%) Riskesdas, 2007. Sri Indah, dkk menyatakan di RSUD Jombang tahun 2013 terdapat sebanyak 689 kasus (fr. Femur: 108, fr. Clavicula: 89, fr. Radius: 70, fr. Tibia: 51, dan sebanyak 371 kasus fraktur lain), pada tahun 2014 sebanyak 742 kasus (fr. Femur: 108, fr. Clavicula: 53, fr. Radius: 80, fr. Humerus: 73, fr. Tibia: 129, dan sebanyak 299 kasus fraktur lain), sedangkan pada tahun 2015 (Januari-April) sebanyak 210 (fr. Femur: 28, fr. Clavicula: 29, fr. Radius: 16, fr. Humerus: 11, fr. Tibia: 27, dan sebanyak 99 kasus fraktur lain).

Jika dilihat dari aspek psikologis klien akan merasakan cemas yang diakibatkan oleh kurangnya pengetahuan tentang perawatan *post operasi* yang akan dijalannya, dilihat dari aspek sosial kecemasan itu muncul karena klien akan kehilangan peranannya dalam keluarga, masyarakat dan lingkungan. (Indrawati, dkk 2019).

Membantu pasien yang mengalami kecemasan pada pasien *post op close* fraktur bisa dengan memberikan kenyamanan, ketentraman hati dan pengalihan perhatian serta melakukan penyuluhan pendidikan kesehatan pada pasien tentang

perawatan yang harus dijalani (indrawati, dkk 2019). Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk mengambil kasus Asuhan Keperawatan medikal bedah dengan judul “Asuhan Keperawatan klien *postop* fraktur Humerus dengan masalah keperawatan Ansietas di RSUD Jombang

1.2 Rumusan masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post op Humerus di RSUD Jombang

1.3 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien Fraktur Humerus Pasca Operasi di RSUD Jombang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada klien Fraktur Humerus Post Operasi di RSUD Jombang.
2. Mengidentifikasi prioritas diagnosa keperawatan pada klien Fraktur Humerus Post Operasi di RSUD Jombang.
3. Mengidentifikasi tindakan keperawatan pada klien Fraktur Humerus Post Operasi di RSUD Jombang.
4. Mengidentifikasi perencanaan tindakan keperawatan pada klien Fraktur Humerus Post Operasi di RSUD Jombang.
5. Mengidentifikasi evaluasi tindakan keperawatan pada klien Fraktur Humerus Pasca Operasi di RSUD Jombang.

1.3. Manfaat

1.3.1 Manfaat Teoritis

Mengembangkan hasil penelitian terkait asuhan keperawatan pada klien *post op* Fraktur Humerus di RSUD Jombang.

1.3.2 Manfaat Praktis

Mengembangkan dan meningkatkan mutu serta dijadikan bahan diskusiteman sejawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan

TINJAUAN PUSTAKA**2.1 Konsep Fraktur**

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang, yang biasanya disertai dengan luka sekitar jaringan lunak, kerusakan otot, ruptur tendon, kerusakan pembuluh darah, dan luka organ-organ tubuh dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, terjadinya fraktur jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang besar dari yang dapat diabsorbsinya (Smeltzer & Bare, 2020).

2.1.1. Etiologi

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 2020)

Menurut Sachdeva (2019), penyebab fraktur dibagi menjadi tiga yaitu :

1. Cedera traumatik pada tulang dapat di sebabkan oleh:
 - a. Cedera langsung atau pukulan langsung teradap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.
 - b. Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan berjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.
 - c. Fraktur yang di sebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.

2. Fraktur patologik

- a. Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan fraktur. Dan dapat juga terjadi pada berbagai Tumor tulang (jinak atau ganas): pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali dan progresif.
- b. Infeksi seperti *osteomyelitis*: dapat terjadi akibat infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang progresif, lambat dan sakit nyeri.
- c. *Rakhitis*: suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi Vitamin D yang mempengaruhi semua jaringan yang lain, biasanya disebabkan oleh defisiensi ini, tetapi kadang kadang dapat terjadi karena kegagalan absorpsi Vitamin D atau oleh karena asupan kalsium atau fosfat yang rendah.
- d. Secara spontan: disebabkan oleh stress tulang yang terus menerus misalnya pada penyakit polio dan orang yang bertugas di kemiliteran

3. Fraktur stress

Fraktur yang terjadi akibat kekuatan atau tekanan yang berulang dan berlebihan.

2.1.2. Klasifikasi Fraktur

- a. fraktur tertutup (*closed*), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar.
- b. Fraktur terbuka (*open/compound*), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dan dunia luar. Fraktur terbuka dibagi menjadi tiga derajat, yaitu:
Derajat I
 - 1) Luka kurang dari 1 cm
 - 2) Kerusakan jaringan lunak sedikit tidak ada tanda luka remuk.
 - 3) Fraktur sederhana, *transversal*, *obliq* atau kumulatif ringan.
 - 4) Kontaminasi ringan.

Derajat II

- 1) Laserasi lebih dari 1 cm.
- 2) Kerusakan jaringan lunak, tidak luas, avulse.
- 3) Fraktur komuniti sedang.

Derajat III

- 1) Terjadi kerusakan jaringan lunak yang luas meliputi struktur kulit, otot dan *neurovaskular* serta kontaminasi derajat tinggi.
- 2) Fraktur *Complete*
- 3) Patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran (bergeser pada posisi normal).

c. Fraktur *incomplete*

Patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang. Jenis khusus fraktur

- 2) Bentuk garis patah
 - a. Garis patah melintang
 - b. Garis patah *obliq*
 - c. Garis patah spiral
 - d. Fraktur kompresi
 - e. Fraktur avulsi
- 2) Jumlah garis patah
 - a. Fraktur komunitif garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
 - b. Fraktur segmental garis patah lebih dari satu tetapi tidak saling berhubungan.
 - c. Fraktur *multiple* garis patah lebih dari satu tetapi pada tulang yang berlainan.
- 3) Bergeser tidak bergeser

Fraktur tidak bergeser garis patah kompli tetapi kedua fragmen tidak bergeser. Fraktur bergeser terjadi pergeseran fragmen fragmen fraktur yang juga disebut di lokasi fragmen. (Smeltzer& Bare, 2019).

2.1.1. Manifestasi Klinis

1. Deformitas

Daya tarik kekuatan otot menyebabkan fragmen tulang berpindah dari tempatnya, perubahan keseimbangan dan *contur* Terjadi seperti:

- a. Rotasi pemendekan tulang
- b. Penekanan tulang

2. Bengkak:

Edema muncul secara cepat dari lokasi dan tempat ekstra vaksasi darah dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur.

- a. *Echumosis* dari perdarahan *Subculaneus*.
- b. Spasme otot dan spasme *involunters* dekat fraktur.
- c. Keempukan (*tenderness*).
- d. Nyeri mungkin terjadi oleh spasme otot yang berpindah tulang daritempatnyadan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan.
- e. Kehilangan sensasi (mati rasa, mungkin terjadi dari rusaknya syarafdanperdarahan).
- f. Pergerakan abnormal.
- g. *Shockhipovolemik* hasil dari hilangnya darah.
- h. *Krepitasi*.

2.1.1. Patofisiologi

Patah tulang biasanya terjadi karena benturan tubuh, jatuh atau trauma. Baik itukarena trauma langsung misalnya: tulang kaki terbentur bumper mobil, atau tidak

langsung misalnya: seseorang yang jatuh dengan telapak tangan menyangga. Juga bisa karena trauma akibat tarikan otot misalnya: patah tulang patela dan olekranon, karena otot trisep dan bisep mendadak berkontraksi (Doengoes, 2019).

2.1.2 Komplikasi Fraktur

1. Syok

Syok hipovolemik akibat perdarahan dan kehilangan cairan ekstrasel ke jaringan yang rusak sehingga terjadi kehilangan darah dalam jumlah besar akibat trauma.

2. Mal union

Gerakan ujung patahan akibat imobilisasi yang jelek menyebabkan mal union, sebab-sebab lainnya adalah infeksi dari jaringan lunak yang terjepit diantara fragmen tulang, akhirnya ujung patahan dapat saling beradaptasi dan membentuk sendi palsu dengan sedikit gerakan (*non union*).

3. Non union

Non union adalah jika tulang tidak menyambung dalam waktu 20 minggu. Hal ini diakibatkan oleh reduksi yang kurang memadai.

4. Delayed union

Delayed union adalah penyembuhan fraktur yang terus berlangsung dalam waktu lama dari proses penyembuhan fraktur.

5. Tromboemboli, infeksi, kaogulopati intravaskuler diseminata (KID).

Infeksi terjadi karena adanya kontaminasi kuman pada fraktur terbuka atau pada saat pembedahan dan mungkin pula disebabkan oleh pemasangan alat seperti plate, paku pada fraktur.

6. Emboli lemak

Saat fraktur, globula lemak masuk ke dalam darah karena tekanan

sumsumtulang lebih tinggi dari tekanan kapiler. Globula lemak akan bergabung dengan trombosit dan membentuk emboli yang kemudian menyumbat pembuluh darah kecil, yang memsaok ke otak, paru, ginjal, dan organ lain.

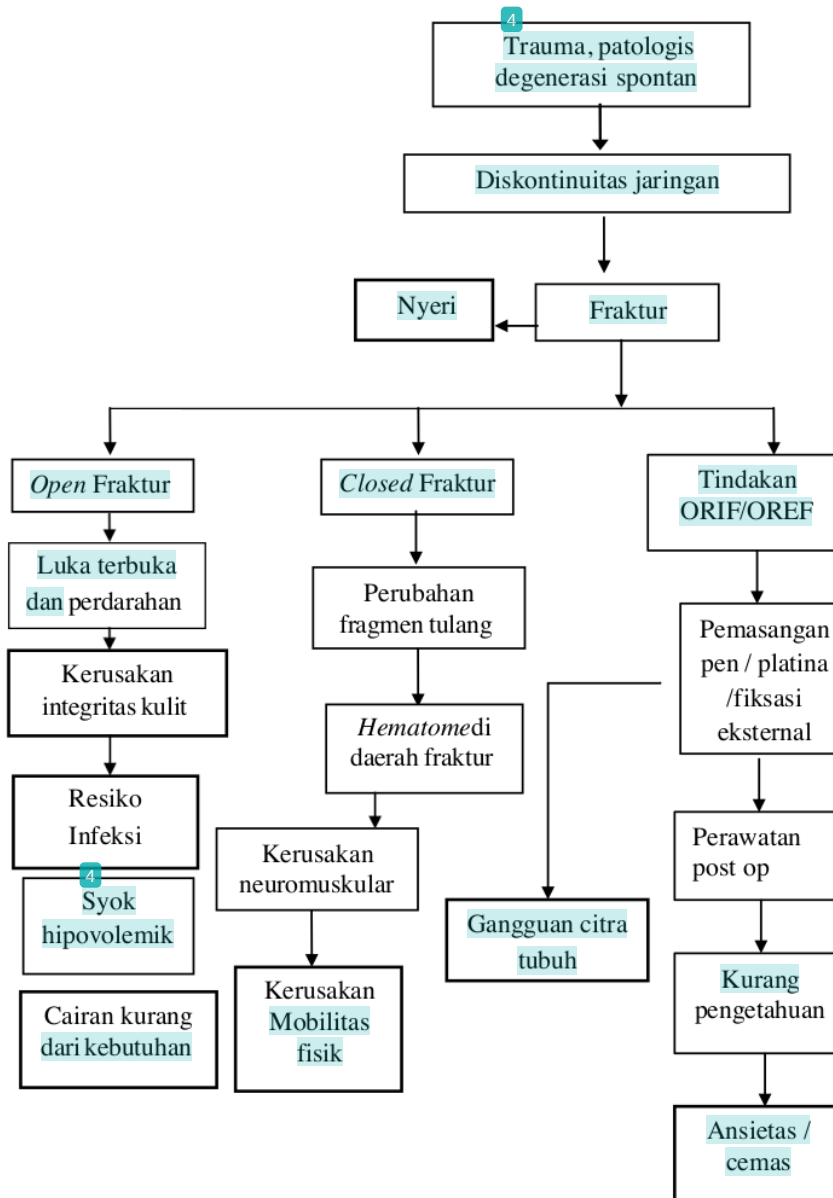
7. Sindrom Kompartemen

Masalah yang terjadi saat perfusi jaringan dalam otot kurang dari yang dibutuhkan untuk kehidupan jaringan. Berakibat kehilangan fungsi ekstermitas permanen jika tidak ditangani segera.

8. Cedera *vascular* dan kerusakan syaraf

Keadaan ini diakibatkan oleh adanya injuri atau keadaan penekanan syarafkarena pemasangan gips, balutan atau pemasangan traksi (Smeltzer & Bare, 2019).

2.1.3. Pohon Masalah (Pathway)



2.1.1. Tahapan Penyembuhan Fraktur

Proses penyembuhan fraktur sendiri terdiri dari beberapa fase yaitu:

1. Fase inflamasi

Terjadi respon tubuh terhadap cedera yang ditandai dengan adanya perdarahan dan pembentukan hematoma pada tempat patah tulang

- a. Dalam waktu 24 jam timbul perdarahan, edema dan hematoma disekitar fraktur
- b. Setelah 24 jam suplai darah disekitar fraktur meningkat.

2. Fase granulasi jaringan/ proliferasi

Hematoma akan mengalami organisasi dengan membentuk benang benang fibrin dan membentuk revaskularisasi dan invasi *fibroblast* dan *osteoblast*.

- a. Terjadi 1-5 hari setelah injuri
- b. hematoma berubah menjadi granulasi jaringan yang berisi pembuluh darah baru *fibroblast* dan *osteoblast*.

3. Fase formasi kalus

Pertumbuhan jaringan berlanjut dan lingkaran tulang rawan tumbuh mencapai sisi lain sampai celah sudah terhubung.

- a. Terjadi 6-10 hari setelah injuri
- b. Granulasi terjadi perubahan berbentuk kalus

4. Fase ossifikasi/ penulangan kalus

- a. Mulai pada 2-3 minggu setelah fraktur sampai dengan sembuh
- b. Kalus permanen akhirnya terbentuk tulang kaku dengan endapan garam kalsium yang menyatukan tulang yang patah.

5. Fase *consolidasi* dan *remodelling*

Dalam waktu lebih dari 10 minggu *callus* terbentuk dengan oksifitas *osteoblast* dan *osteuctas*

2.1.2. Penatalaksanaan Fraktur

1. Pengobatan dan Terapi Medis

- a. Pemberian anti obat antiinflamasi.
- b. Obat-obatan narkose mungkin diperlukan setelah fase akut
- c. Obat-obat relaksan untuk mengatasi spasme otot
- d. Bedrest dan Fisioterapi

2. Konservatif

Pembedahan dapat mempermudah perawatan dan fisioterapi agar mobilisasi dapat berlangsung lebih cepat. Penanganan fraktur dengan metode operatif adalah suatu bentuk operasi dengan pemasangan *Open Reduction InternalFixatie (ORIF)*.

2.1.3. Pemeriksaan Penunjang

1. *X.Ray* dilakukan untuk melihat bentuk patahan atau keadaan tulangyang cedera
2. *Bone scans*, tomogram atau MRI scans
3. Arteriogram : dialkukan bila ada kerusakan vaskuler
4. CCT dilakukan jika banyak kerusakan otot
5. Pemeriksaan darah lengkap

2.2 Konsep Ansietas

2.2.1. Definisi

Cemas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti

mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi (Murwani, 2008). Sedangkan menurut Stuart (2020), ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus cemas.

Cemas memiliki dua aspek yakni aspek yang sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung dengan tingkat cemas, lama cemas yang dialami, dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap cemas (Stuart, 2019).

2.2.2. Tipe Ansietas

Maramis (1990) membagi kecemasan menjadi 3 bagian :

1. Kecemasan yang mengambang (*free floating anxiety*), kecemasan yang menyerap dan tidak ada hubungannya dengan suatu pemikiran.
2. Agitasi, kecemasan yang disertai kegelisahan motorik yang hebat.
3. Panik, serangan kecemasan yang hebat dengan kegelisahan dan kebingungan serta hiperaktifitas yang tidak terkontrol.

2.2.3. Penyebab Kecemasan

Beberapa teori penyebab kecemasan pada individu antara lain (Stuart dan Sundeen, 2019) :

1. Teori Psikoanalitik

Menurut pandangan *psikoanalitik* kecemasan terjadi karena adanya konflik yang terjadi antara emosional elemen kepribadian, yaitu id dan super ego. Id mewakili insting, super ego mewakili hati nurani, sedangkan ego berperan menengahi konflik yang terjadi antara dua elemen yang bertentangan. Timbulnya kecemasan merupakan upaya meningkatkan ego dan bahaya.

2. Teori Interpersonal

Menurut pandangan *interpersonal*, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap adanya penolakan dan tidak adanya penerimaan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan fisik.

3. Teori Perilaku (Behavior)

Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala Sesutu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan.

4. Teori Prespektif Keluarga

Kajian keluarga menunjukkan pola interaksi yang terjadi dalam keluarga. Kecemasan menunjukkan adanya pola interaksi yang mal adaptif dalam system keluarga.

5. Teori Perspektif Biologis

Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khususnyayang mengatur ansietas, antara lain : benzodiazepines, penghambat asam amino butirik-gamma neroregulator serta endofirin. Kesehatan umum seseorang sebagai predisposisi terhadap ansietas.

2.2.4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala kecemasan yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi, tergantung dari beratnya atau tingkatan yang dirasakanoleh individu tersebut (Hawari, 2004). Keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang saat mengalami kecemasan secara umum menurut Hawari (2004), antara lain adalah sebagai berikut :

1. Gejala psikologis : pernyataan cemas/khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.

2. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
3. Gangguan konsentrasi daya ingat.
4. Gejala somatik : rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin dan lembab, dan lain sebagainya.

2.2.5. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2019), ada empat tingkat kecemasan yang dialami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat dan panik.

1. Kecemasan Ringan
2. Dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari, individu masih waspada serta lapang presepsinya meluas, menajamkan indra. Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan. Kecemasan Sedang
3. Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang presepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

4. Kecemasan Berat

Lapangan presepsi individu sangat sempit. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus area lain. Menurut Hawari (2004), tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan alat ukur (instrument) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)*, yang terdiri dari 14 kelompok gejala, antara lain adalah sebagai berikut :

- a) Perasaan cemas : cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri dan mudah tersinggung.
- b) Ketegangan : merasa tegang, lesu, tidak dapat beristirahat dengan tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar dan gelisah.
- c) Ketakutan : pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas dan pada kerumunan orang banyak.
- d) Gangguan tidur : sukar untuk tidur, terbangun pada malam hari, tidurnya tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi, mimpi buruk dan mimpi yang menakutkan.
- e) Gangguan kecerdasan : sukar berkonsentrasi, daya ingat menurun dan daya ingat buruk.
- f) Perasaan depresi (murung) : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, terbangun pada saat dini hari dan perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
- g) Gejala somatik/ fisik (otot) : sakit dan nyeri di otot, kaku, kedutan otot, gigi gemeretak dan suara tidak stabil.
- h) Gejala somatik/ fisik (sensorik) : tinnitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas dan perasaannya tusuk-tusuk.
- i) Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) : takikardi (denyut jantung cepat), berdebar-debar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/ lemas seperti mau pingsan dan detak jantung menghilang/ berhenti sekejap.
- j) Gejala respiratori (pernafasan) : rasa tertekan atau sempit di dada, rasa tercekik, sering menarik nafas pendek/ sesak.
- k) Gejala gastrointestinal (pencernaan) : sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut,

rasa penuh atau kembung, mual, muntah, BAB konsistensinya lembek, sukar BAB (konstipasi) dan kehilangan berat badan.

- l) Gejala urogenital (perekmihan dan kelamin) : sering buang air kecil, ² tidak dapat menahan BAK, tidak datang bulan (tidak dapat haid), darah haid berlebihan, darah haid sangat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid sangat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin, ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang dan impotensi.
- m) Gejala autoimun : mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, kepala pusing, kepala terasa berat, kepala terasa sakit dan bulu-bulu berdiri.
- n) Tingkah laku/ sikap : gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kening/ dahi berkerut, wajah tegang/ mengeras, nafas pendek dan cepat serta wajah merah.

5. Panik

Suatu kondisi kecemasan yang sangat berat yang disertai dorongan untuk lari atau bersembunyi sewaktu menghadapi suatu kondisi yang dirasakan berbahaya atau mengancam.

2.3. Konsep Nyeri

Secara umum nyeri merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan secara actual maupun fungsional yaitu dengan onset mendadak atau melambat dan berentesitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang lebih 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2019)

2.3.1 Etiologi

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI DPP PPNI, 2019), penyebab nyeri dikategorikan ada 3 yaitu

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, neoplasma, iskemia)
- b. Agen pencemaran kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)

- c. Agen cedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.)

2.4. Konsep Gangguan Citra Tubuh

Merupakan kondisi dimana pola pikir seseorang terhadap tubuhnya yang tidak sesuai dengan keinginan individu tersebut. Gangguan citra tubuh tersebut dapat diartikan sebagai perasaan negative tentang tubuh meliputi penampilan, struktur, badan yang berbentuk ideal, muka berjerawat, fungsi fisik seseorang dan aspek lain yang terdapat pada tubuh (SDKI 2019).

2.3.1 Manifestasi Klinis

Adanya penilaian buruk mengenai perubahan tubuh, terdapat pengungkapan kegelisahan respon orang lain, menghindari melihat atau menyentuh bagian tubuh yang tidak diinginkan, fokus terhadap perubahan tubuh dan hubungan sosial (SDKI 2019).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.6. Pengkajian

A. Pengumpulan data

1. Identitas klien

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan,diagnosa medis, no register dan tanggal MRS.

2. Keluhan utama

Biasanya klien mengeluh sakit (nyeri) pada daerah luka post opapabila digerakkan.

3. Riwayat penyakit dahulu.

Pada klien fraktur pernah mengalami kejadian patah tulang apa pernah mengalami tindakan operasi apa tidak.

4. Riwayat penyakit sekarang.

Pada umumnya penderita mengeluh nyeri pada daerah luka operasi.

5. Riwayat Penyakit keluarga.

Didalam anggota keluarga tidak ada yang pernah mengalami penyakit fraktur atau penyakit menular.

B. Pola-pola fungsi

1. Pola aktivitas dan latihan

Aktivitas dan latihan mengalami perubahan atau gangguan akibat adanya luka operasi sehingga perlu dibantu baik perawat maupun klien.

2. Pola tidur dan istirahat

Kebiasaan pola tidur dan istirahat klien mengalami gangguan yang disebabkan oleh nyeri luka post op.

3. Pola persepsi dan konsep diri

Setelah klien mengalami post op klien akan mengalami gangguan konsep diri karena perubahan cara berjalan akibat kecelakaan.

4. Pola sensori dan kognitif

Biasanya klien mengeluh nyeri yang disebabkan oleh adanya kerusakan jaringan lunak dan hilangnya darah serta cairan seluler ke dalam jaringan.

5. Pola tata nilai dan kepercayaan

Biasanya klien pada post op akan mengalami gangguan atau perubahan dalam menjalankan ibadahnya.

6. Pola nutrisi dan metabolisme

Pada klien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vitamin 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 tidakadekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yangkurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien.

Pola eliminasi Untuk kasus fraktur tidak ada gangguan pada polaeliminasi, tapiwalaupun begitu perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi urindikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak.

7. Pola tidur dan istirahat.

Semua klien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga halini 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 (Doengos, 2019).

8. Pola aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain.

Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas klien terutama pekerjaan klien.

Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur dibanding pekerjaan yang lain.

9. Pola hubungan dan peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat,karena klien harus menjalani rawat inap.

10.Pola reproduksi seksual

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.

11. Pola penanggulangan stress

Pada klien fraktur timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh klien bisa tidak efektif.

2.2.7. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum:

Kesadaran penderita: apatis, sopor, koma, gelisah, compos mentis, tergantung pada keadaan klien. Kesakitan, keadaan penyakit: akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus fraktur biasanya akut. ¹⁴ Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan lokal baik fungsi maupun bentuk.

2. Kepala

Bentuk kepala : (simetris atau tidak), ada ketombe atau tidak, ada kotoran pada kulit kepala atau tidak, pertumbuhan rambut merata atau tidak, ada lesi atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak.

1. Kulit

Warna kulit, turgor kulit cepat kembali atau tidak, ada lesi atau tidak, ada oedema atau tidak, ada peradangan atau tidak.

2. Pengelihatan

Bola mata (simetris atau tidak), pergerakan bola mata normal atau tidak, refleks pupil terhadap cahaya normal atau tidak, kornea (bening atau tidak),

konjungtiva(anemis atau tidak), *sclera* ada ikterik/tidak, ketajaman pengelihatan normal atau tidak.

3. Penciuman dan hidung.

Bentuk (simetris atau tidak) ,fungsi penciuman (baik atau tidak), peradangan (ada atau tidak), ada polip atau tidak.

4. Pendengaran dan telinga.

Bentuk daun telinga (simetris atau tidak), letaknya (simetris atau tidak), peradangan (ada atautidak), fungsi pendengaran (baik atau tidak), ada serumen atau tidak ,ada cairan atau tidak.

5. Leher.

Benjolan atau massa (ada atau tidak), ada kekakuan atau tidak, ada nyeritekan atau tidak, pergerakan leher, (ROM) : bisa bergerak fleksi atau tidak, rotasi atau tidak, lateral fleksi atau tidak, hiper ekstensi atau tidak,tenggorokan : *ovula* (simetris atau tidak), kedudukan trakea (normal atautidak), gangguan bicara (ada atau tidak).

6. Dada dan pernafasan.

Bentuk (simetris atau tidak), bentuk dan pergerakan dinding dada (simetris atau tidak), ada bunyi atau irama pernapasan seperti : teratur atau tidak, ada irama *kussmaul* atau tidak, *stridor* atau tidak, *wheezing*ada atau tidak, *ronchi* atau tidak, *pleural friction-Rub* atau tidak, adanyeri tekan pada daerah dada atau tidak, ada atau tidak bunyi jantungambahan seperti : Bunyi jantung I yaitubunyi menutupnya katup *mitral* dan *trikuspidalis*, BJ II yaitu bunyi menutupnya katup *aorta* dan*pulmonalis*, Bising jantung atau Murmur.

7. Abdomen

Bentuk (simetris atau tidak), datar atau tidak, ada nyeri tekan pada epigastrik

atau tidak, ada peningkatan *peristaltic* usus atau tidak, ada nyeri tekan pada daerah suprapubik atau tidak, ada odem atau tidak.

8. Sistem reproduksi

Ada radang pada genitalia eksterna atau tidak, ada lesi atau tidak, siklus menstruasi teratur atau tidak, ada pengeluaran cairan atau tidak.

9. Ekstremitas bawah

Ada pembatasan gerak atau tidak, ada odem atau tidak, varises ada atau tidak, tromboflebitis ada atau tidak, nyeri atau kemerahan (ada atau tidak), tanda-tanda infeksi (ada atau tidak), ada kelemahan tungkai atau tidak.

2.2.8. Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri berhubungan dengan kerusakan *neuromuscular*, gerakan fragmen tulang, edema,cedera jaringan lunak, pemasangan traksi, stresatau ansietas.
- 2) Ansietas berhubungan dengan pengetahuan tentang luka post op.
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengannyeri,pembengkakan,prosedur bedah,immobilisasi. terapi restriktif (immobilisasi).
- 4) Resiko infeksi berhubungan dengan bakteri yang masuk pada luka fraktur.
- 5) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka,pemasangan traksi (pen,kawat, sekrup).
- 6) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan pemasangan eksternal *fixation*.

INTRVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Nyeri Akut.	Setelah dilakukan asuhan keperawatn selama 3x24 jam didapatkan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1 Keluhan nyeri menurun 2 Meringis menurun 3 Sikap protektif menurun 4 Kesulitan tidur menurun 5 Ketegangan otot menurun 	Manajemen Nyeri Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2 Identifik asiskala nyeri 3 Identifikas i respons nyerinon verbal 4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1 Berikan teknik nonfarmakolo gisuntuk mengurangi rasa nyeri
Setelah melakukan Asuhan keperawatan Selama 3 x 24 jam, diharapkan klien mampu: Tenang dan kecemasanmenurun dengan kriteria hasil	<ol style="list-style-type: none"> 1 Frekuensi napas menurun 2 Tidak terdapat perilakugelisah 3 Konsentrasi membaik 4 Pola tidur membaik. 	Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1 Identifikasi saatingkat anxietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2 Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3 Monitor tanda anxietas (verbal dan non verbal) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1 Ciptakan

-
- suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2 Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika

-
- memungkinkan
- 3 Pahami situasi yang membuat anxietas
- Edukasi
- 1 Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
 - 2 Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
 - 3 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
- Kolaborasi
- 1 Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu
-

Gangguan citra tubuh	Setelah dilakukan tindakan 2x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan dapat teratasi. Kriteria Hasil : 1. Melihat bagian tubuh meningkat 2. Menyentuh bagian tubuh meningkat 3. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun	Observasi : 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial Terapeutik 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri Edukasi : 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung
----------------------	--	---

Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatanyang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang sesuai dengan intervensi atau perencanaan tindakan yang telah dibuat sebelumnya (Potter & Perry, 2020).

i. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien serta tenaga medis lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Potter & Perry 2020)

BAB 3

11 METODE PENELITIAN

3.1 Desain

Metode penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian study kasus. Penelitian study kasus digunakan untuk mendeskripsikan dan menganalisis fenomena, peristiwa, aktivitas sosial, sikap, kepercayaan, persepsi, pemikiran orang secara individual maupun kelompok.

Metode penelitian study kasus digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang ilmiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrument kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan) analisis data bersifat induktif atau kualitatif, dan hasil kualitatif peneliti lebih menekankan makna daripada generalisasi.

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, peneliti harus menjelaskan terlebih dahulu apa maksud dari judul "Asuhan keperawatan pada klien fraktur humerus post op dengan masalah ansietas di RSUD Jombang" Adapun penjelasan-penjelasan sekaligus batasan istilah menurut variabel-variabel tersebut yaitu :

1. Fraktur humerus : Menurut Muttaqin, (2011) 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

2. **Ansietas** : Ansietas merupakan perasaan tidak tenang yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu) (Yusuf, Fitriyari, & Tristiana, 2019).

3.3 Partisipasi Penelitian

Partisipan merupakan semua orang yang berpartisipasi ikut serta dalam suatu kegiatan. “Pengambilan bagian atau keterlibatan orang atau masyarakat dengan cara memberikan dukungan (tenaga, pikiran maupun materi) dan tanggung jawabnya terhadap setiap keputusan yang telah diambil demi tercapainya tujuan yang telah ditentukan bersama” merupakan pandangan dari Sumarto (2003, hlm. 17). Dapat disimpulkan bahwa peserta adalah entitas yang berpartisipasi. sebagai peserta dalam aktivitas fisik, mental dan emosional. Menanggapi kegiatan yang dilakukan dalam proses belajar mengajar, mendukung pencapaian tujuan dan bertanggung jawab untuk partisipasi.

3

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Jombang

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan selama 3 hari

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah berbagai metode yang digunakan untuk mengumpulkan, menyusun, mengambil, atau mengumpulkan data survei (Suwartono, 2020, hal. 41). Teknik dan alat pengumpulan data yang tepat digunakan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk penelitian. Karena penelitian adalah

kegiatan ilmiah, data yang dikumpulkan untuk mendukung Penelitian harus memenuhi tujuannya. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam survei ini adalah metode pengumpulan data yang terdiri dari wawancara observasi dan angket. Berikut ini adalah uraian tentang metode akuisisi data yang digunakan.

1. Wawancara (hasil anamnesa berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga, sumber data dari klien, perawat lainnya).
2. Observasi dan pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada system tubuh klien.
3. Dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnose dan data-data lain yang akurat atau relevan).

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama) uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi

dari tiga Sumber data utama yaitu klien perawat dan keluarga yang berkaitan dengan masalah yang diteliti

3.5 Etika Penilaian

Terlepas dari pedoman yang tercantum di atas, seorang peneliti perlu memperhatikan berbagai masalah etika lainnya pada berbagai tahapan proses

penelitian sebagai berikut:

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Berisi penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan, tata cara penelitian tujuan penelitian, manfaat yang diperoleh responden, dan resiko yang akan mungkin terjadi.

2. Tanpa nama (*Anonimitas*)

Dalam menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut hanya diberi kode.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Merupakan hasil data penelitian yang tidak akan di informasikan secara individual, namun data dilaporkan berdasarkan kelompok.

4. *Non Malafience* yaitu peneliti dapat menjamin tidak membahayakan atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Pengambilan data dilakukan di RSUD Jombang, Jl. KH. Wahid Hasyim

NO.52, Kapanjen. Rumah Sakit type B pendidikan di Ruang Yudistira

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas klien Ny. S dan Tn. J dengan fraktur humerus di ruang Yudistira RSUD Jombang

1.	Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
	Nama	Ny. S	Tn. J
	Usia	32 tahun	25 tahun
	Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki
	Pendidikan	SMA	S1 Sastra Arab
	Alamat	Kabuh Jombang	Lirboyo Kediri
	Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Guru
	Sumber Informasi	Klien	Klien
	Tanggal MRS	10 Juni 2023	9 Juni 2023
	Tanggal Pengkajian	13 Juni 2023	13 Juni 2023
	Diagnosa Medis	Fraktur Humerus	Fraktur Humerus
	Status pernikahan	Menikah	Belum menikah
2.	Identitas Orang Tua	Klien 1	Klien 2
	Nama Ayah/Ibu	Tn. A	Tn. E
	Pekerjaan	Wiraswasta	Guru
	Pendidikan	SD	S1 Tafsir Maudhu'i
	Suku/bangsa	Jawa/indonesia	Jawa/indonesia
	Penanggungjawab	Tn. A	Tn. E
3.	Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
	Keluhan utama	Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi tulang atas tangan kiri	Klien mengeluh nyeri pada luka operasi tangan kanan bagian atas
	Riwayat sekarang	Klien mengatakan pada tanggal 10 juli, pukul 10.00 WIB klien pulang	Klien mengatakan

		<p>dari senam ibu-ibu PKK dengan mengendarai sepeda motor. Klien mengatakan bahwa dalam perjalanan ke rumah, klien disempet truk dari kanan sehingga klien jatuh ke sebelah kiri dan tangan kiri terkena batu. Klien lalu di bawa ke IGD RSUD Jombang pukul 10.30 WIB. Dan di bawa ke ruang Yudistira pukul 12.00 WIB</p>	<p>pada tanggal 9 sekitar pukul 13.00 WIB klien mengendarai sepeda motor dari kediri ke jombang dengan kecepatan 60 km/jam. Dalam perjalanan klien mengatakan bahwa klien menyalip ibu-ibu yang sein motornya ke kiri ternyata belok kanan, yang mengakibatkan klien jatuh oleng ke kanan dan tangan kanan digunakan untuk menyangga tubuhnya. Klien kemudian di bawa ke IGD RSUD Jombang pukul 14.00 dan dibawa ke ruang yudistira pukul 15.30 WIB</p>
Riwayat kehatan dahulu		<p>Klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat penyakit ini sebelumnya</p>	<p>Klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat penyakit ini sebelumnya</p>
Riwayat kesehatan keluarga		<p>Klien mengatakan bahwa tidak ada penyakit keturunan</p>	<p>Klien mengatakan bahwa tidak ada penyakit keturunan</p>
4.	Pola kesehatan	Klien 1	Klien 2
	Pola nutrisi	<p>Di rumah : klien mengatakan dirumah makan kurang lebih 2-3 kali sehari</p> <p>Di rumah sakit : klien mengatakan makan 3 kali sehari</p>	<p>Di rumah : klien mengatakan jika di rumah, klien makan kurang lebih 2-3 kali sehari, klien selalu sarapan roti dengan susu setiap pagi</p>

Pola eliminasi	<p>Di rumah : klien mengatakan kebiasaan BAK kurang lebih 4-5 kali sehari, BAK 1-2 kali sehari</p> <p>Di rumah sakit : klien mengatakan kebiasaan BAK 2-3 kali sehari, BAB selama di rumah sakit baru 2 kali</p>	<p>Dirumah sakit : klien mengatakan makan 3 kali sehari</p> <p>Di rumah : klien mengatakan kebiasaan BAK kurang lebih 5-6 kali, BAB 1-2 kali</p>
Pola istirahat tidur	<p>Di rumah : kurang lebih 7-10 jam</p> <p>Di rumah sakit : kurang lebih 4-5 jam</p>	<p>Di rumah sakit : klien mengatakan kebiasaan BAK kurang lebih 1-2 kali, BAB 1 kali sehari/tidak BAB sama sekali</p>
Pola aktivitas	<p>Di rumah : klien mengatakan bahwa klien dapat melakukan aktivitas seperti biasa sebagai ibu rumah tangga</p> <p>Di rumah sakit : klien mengatakan bahwa hanya bisa berbaring di bad</p>	<p>Di rumah : kurang lebih 7-8 jam</p> <p>Di rumah sakit : kurang lebih 3-5 jam</p> <p>Di rumah : klien mengatakan bahwa klien dapat melakukan aktivitas seperti biasa sebagai seorang pengajar di pesantren</p> <p>Di rumah sakit : klien mengatakan bahwa hanya bisa berbaring dan duduk di bad</p>

Sumber : Data primer klien

Tabel 4.5 Pemeriksaan fisik Head to toe Ny. S dan Tn. J dengan Fraktur humerus di RSUD Jombang

Observasi	Klien 1	Klien 2
Kesadaran umum	Lemah	Lemah
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
GCS	4-5-6	4-5-6
Tanda-tanda vital		
Tensi darah	130/90 mmHg	120/70 mmHg
Nadi	80 x/menit	90/menit
Suhu	36 c	37 c
RR	20 x/menit	22 x/menit
Pemeriksaan fisik head to toe		
Kulit	Tidak pucat, tidak ada sianosis, turgor kulit < 3 detik	Tidak pucat, tidak ada sianosi, turgor kulit < 2 detik
Kepala	Bentuk kepala simetris, warna rambut hitam, tidak ada benjolan	Bentuk kepala simetris, warna rambut hitam pirang, tidak ada benjolan
Mata	Mata simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, reflek pupil mengecil jika diberi rangsangan cahaya	Mata simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, reflek pupil mengecil jika diberi rangsangan cahaya
Hidung	Bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terpasang NGT	Bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terpasang NGT
Mulut	Mukosa bibir kering, tidak ada sianosis, tidak pucat, lidah bersih	Mukosa bibir lembab, tidak ada sianosis, tidak pucat, lidah bersih
Telinga	Bentuk simetris, bersih tidak keluar cairan, pendengaran baik	Bentuk aimetris, bersih tidak keluar cairan, pendengaran baik
Leher	Bentuk simetris, tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada peningkatan JVP, posisi trakea di tengah	Bentuk simetris, tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada peningkatan JVP, posisi trakea di tengah
Thorax	Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20 x/menit, pernapasan dada	Bentuk dada simetris, frekuensi pernapasan 22x/menit, pernapasan dada
Jantung	Ictus cordis tidak terlihat/ teraba, tidak ada nyeri tekan, bunyi jantung s1 s2, tidak ada suara tambahan	Ictus cordis teraba tidak terlihat, tidak ada nyeri tekan, bunyi jantung s1 s2, tidak ada suara tambahan <u>Bentuk simetris, bising</u>

Abdomen	Bentuk simetris, ¹⁰ ing usus 12 x/menit, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan	usus 15 x/menit, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan
Genetalia	Tidak ada kelainan, tidak terpasang kateter	Tidak ada kelainan, tidak terpasang kateter
Ekstermitas	Kekuatan otot 5 3 5 5, ROM pada tangan kiri terbatas, tangan kanan terpasang infus, akral hangat, turgor < 3 detik, terdapat odema pada jari-jari tangan kiri	Kekuatan otot 3 5 5 5, ROM pada tangan kanan terbatas, tangan kiri terpasang infus, akral hangat, turgor < 2 detik, tidak terdapat odema

Sumber : data primer klien

Tabel 4.6 Pemeriksaan penunjang Ny. S dan Tn. J dengan fraktur humerus di RSUD Jombang

Jenis pemeriksaan	Klien 1 pemeriksaan tanggal 11 juni 2023	Klien 2 pemeriksaan tanggal 10 juni 2023	Nilai normal
Hematologi			
Hemoglobin	12.3	12.7	13.2-17.3
Leukosit	13.55	13.66	3.8-10.6
Hematokrit	34.2	34.3	40-52
Eritrosit	3.77	3.67	4.4-5.9
MCV	82.9	81.9	82-92
MCH	29.4	27.9	27-31
MCHC	35.1	34.7	31-36
RDW-CV	13.5	13.3	11.5-14.5
Trombosit	379	367	150-440
Limfosit	15	30	25-40
monosit	12	7	2-8
Immature	4.5	0.3	
Granulocyte (IG)			
Neutrofil Absoult (ANC)	10.14	10.2	
Limfosit Absoult (ALC)	1.9	5.1	2.5-7
NLR			
Retikulosit	5.66	2.99	1.1-3
Ret-He		1.6	

Immature platelet (IPF)	25.5	5.2
Kimia darah	1.7	
Glukosa darah sewaktu (GDS)	105	102
Natrium	137	142
Kalium	3.92	
Klorida		

Sumber : Laboratorium RSUD Jombang, 2023

Tabel 4.7 Terapi Medik Ny. S dan Tn. J dengan fraktur humerus di ruang Yudistira RSUD Jombang

Klien 1	Klien 2
Inf. NS 1500/24 jam	Inf. Nacl 500 ml/24 jam
Inj. Antrain 3x2 ml	Inj. Ondansentron 3x8 mg
Inj. Ranitidin 2x2 mg	Inj. Santagesik 5 mg 3x1
Inj. Pirocikam 3x mg	Inj. Ranitidin 3x1
Inj. Ceftasidin 2x1 gr	

Sumber : Rekam Medik Klien, 2023

Tabel 4.8 Analisa Data Ny. S dan Tn. J dengan fraktur humerus di ruang Yudistira RSUD Jombang

Data klien 1	Etiologi	Masalah
Ds : Klien mengatakan nyeri pada humerus sinistra Do : 1. TTV TD : 130/90 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 C 2. Kesadaran composmentis 3. GCS : 4-5-6 4. Identifikasi nyeri <i>Provoking incident</i> : nyeri ketika tangan digerakkan <i>Quality</i> : seperti ditusuk-tusuk <i>Region</i> : pada	Trauma, patologis degenerasi spontan ↓ Diskontunitas jaringan ↓ Fraktur ↓ Tindakan ORIF/OREF ↓ Pergeseran tulang ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut

humerus sinistra,
tidak menyebar
Scale : 6
Time : hilang timbul

Tabel 4.8 Analisa Data Ny. S dan Tn. J dengan fraktur humerus di ruang Yudistira RSUD Jombang

Data klien 2	Etiologi	Masalah
<p>Ds : Klien mengatakan nyeri pada humerus sinistra</p> <p>Do :</p> <p>5. TTV 5 TD : 120/80 mmHg N : 90 x/menit RR : 22 x/menit S : 37 C</p> <p>6. Kesadaran composmentis</p> <p>7. GCS : 4-5-6</p> <p>8. Identifikasi nyeri <i>Provoking incident</i> : nyeri ketika tangan digerakkan <i>Quality</i> : seperti ditusuk-tusuk <i>Region</i> : pada humerus dekstra, tidak menyebar <i>Scale</i> : 5 <i>Time</i> : hilang timbul</p>	<p>Trauma, patologis degenerasi spontan</p> <p>↓</p> <p>Diskontunitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Tindakan ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Pergeseran tulang</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri Akut</p>

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Klien 1 dan Klien 2 : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatn selama 3x24 jam didapatkan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Ketegangan otot menurun 6. Perasaan depresi menurun 7. Menarik diri menurun 8. Perasaan takut mengalami cidera menurun 9. Proses berpikir membaik 10. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat danmemperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. jelaskan penyebab periode, dan pemicu nyeri 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9. Ajarkan teknik nonfarmalogis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Memberikan analgetik jika perlu

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Ny. S dan Tn. J di ruang

Yudistira RSUD Jombang

Implementasi Klien 1

	Hari/tgl		Hari/tgl		Hari/tgl	
Waktu	Selasa	Waktu	Rabu	waktu	Kamis	Paraf
	13/06/2023		14/06/2023		15/06/2023	
12.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	09.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	12.30	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	
12.30	Mengidentifikasi skala nyeri	09.30	Mengidentifikasi skala nyeri	13.00	asi faktor pemberat dan memperingan nyeri	
13.00	Mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri	10.00	Mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri	13.40	Mengajarkan tehknik nonfarmalologi untuk mengurangi nyeri	
13.35	Memberikan tehknik non farmalologi untuk mengurangi rasa nyeri	10.45	Memberikan tehknik non farmalologi untuk mengurangi rasa nyeri			
14.00	Mengajarkan tehknik nonfarmalologi untuk mengurangi nyeri	11.15	Mengajarkan tehknik nonfarmalologi untuk mengurangi nyeri			

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Ny. S dan Tn. J di ruang

Yudistira RSUD Jombang

Implementasi Klien 2

Hari/tgl		Hari/tgl		Hari/tgl		
Waktu	Selasa	Waktu	Rabu	waktu	Kamis	Paraf
	13/06/2023		14/06/2023		15/06/2023	
12.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	09.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	12.30	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	
12.30	Mengidentifikasi skala nyeri	09.30	Mengidentifikasi skala nyeri	13.00	asi faktor pemberat dan memperingan nyeri	
13.00	Mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri	10.00	Mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri	13.40	Mengajarkan tehknik nonfarmalologi untuk mengurangi nyeri	
13.35	Memberikan tehknik non farmalologi untuk mengurangi rasa nyeri	10.45	Memberikan tehknik non farmalologi untuk mengurangi rasa nyeri			
		11.15	Mengajarkan tehknik nonfarmalologi untuk mengurangi nyeri			
14.00	Mengajarkan tehknik nonfarmalologi untuk mengurangi nyeri					

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.12 Evaluasi keperawatan Ny.S dan Tn. J di ruang Yudistira RSUD Jombang

Evaluasi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Klien 1	13/06/2023	14/06/2023	15/06/2023
	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada luka post op pada humerus sinistra</p> <p>O : Klien tampak berbaring di tempat tidur, klien tampak meringis kesakitan ketika bergerak</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>TTV</p> <p>TD : 130/90 mmHg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>S : 36 C</p> <p>Identifikasi nyeri :</p> <p>P : Luka post op fraktur humerus</p> <p>Q : Seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : 6</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>Kekuatan otot :</p> $\begin{array}{c c} 5 & x \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan 	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada luka post op pada humerus sinistra</p> <p>O : Klien tampak berbaring di tempat tidur, klien tampak meringis kesakitan ketika bergerak</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>TTV</p> <p>TD : 130/90 mmHg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>S : 36 C</p> <p>Identifikasi nyeri :</p> <p>P : Luka post op fraktur humerus</p> <p>Q : Seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : 6</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>Kekuatan otot :</p> $\begin{array}{c c} 5 & x \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi faktor pemberat dan 	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada luka post op pada humerus sinistra</p> <p>O : Klien tampak berbaring di tempat tidur, klien tampak meringis kesakitan ketika bergerak</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>TTV</p> <p>TD : 130/90 mmHg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>S : 36 C</p> <p>Identifikasi nyeri :</p> <p>P : Luka post op fraktur humerus</p> <p>Q : Seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : 6</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>Kekuatan otot :</p> $\begin{array}{c c} 5 & 1 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri Memberikan

nyeri	memperingan nyeri	tehknik non farmalogi untuk mengurangi rasa nyeri
4. Memberikan tehknik non farmalogi untuk mengurangi rasa nyeri	4. Memberikan tehknik non farmalogi untuk mengurangi rasa nyeri	5. Mengajarkan tehknik nonfarmalogi untuk mengurangi nyeri
5. Mengajarkan tehknik nonfarmalogi untuk mengurangi nyeri	5. Mengajarkan tehknik nonfarmalogi untuk mengurangi nyeri	

Tabel 4.13 Evaluasi keperawatan Klien 2

Evaluasi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Klien 2	14/06/2023	15/06/2023	16/06/2023
	S : Klien mengatakan nyeri pada luka post op humerus dekstra O : Klien tampak berbaring di tempat tidur, klien tampak meringis kesakitan ketika bergerak Kesadaran : Composmentis TTV TD : 120/70 mmHg N : 90 x/menit RR : 22 x/menit S : 36 C Identifikasi nyeri : P : Luka post op fraktur humerus Q : Seperti di tusuk-tusuk R : Pada humerus dekstra, tidak menyebar S : 5 T : Hilang timbul Kekuatan otot :	S : Klien mengatakan nyeri pada luka post op humerus dekstra sedikit reda O : Klien tampak berbaring di tempat tidur, klien tampak meringis kesakitan ketika bergerak Kesadaran : Composmentis TTV TD : 130/90 mmHg N : 89 x/menit RR : 23 x/menit S : 37,1 C Identifikasi nyeri : P : Luka post op fraktur humerus Q : Seperti di tusuk-tusuk R : Pada humerus dekstra, tidak menyebar S : 5 T : Hilang timbul	S : Klien mengatakan nyeri pada luka post op humerus dekstra sedikit reda O : Klien tampak berbaring di tempat tidur, klien tampak meringis kesakitan ketika bergerak Kesadaran : Composmentis TTV TD : 120/70 mmHg N : 87 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,8 C Identifikasi nyeri : P : Luka post op fraktur humerus Q : Seperti di tusuk-tusuk R : Pada humerus dekstra, tidak menyebar S : 3 T : Nyeri hanya ketika

$\begin{array}{r l} 5 & 1 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	Kekuatan otot : $\begin{array}{r l} 5 & 1 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	digerakkan Kekuatan otot : $\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$
A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : intervensi dilanjutkan 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi faktor pemberat dan pemperingan nyeri 4. Memberikan tehnik non farmalogi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Mengajarkan tehnik nonfarmalogi untuk mengurangi nyeri	A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : intervensi dilanjutkan 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi faktor pemberat dan pemperingan nyeri 4. Memberikan tehnik non farmalogi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Mengajarkan tehnik nonfarmalogi untuk mengurangi nyeri	A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : intervensi dilanjutkan 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi faktor pemberat dan pemperingan nyeri 4. Mengajarkan tehnik nonfarmalogi untuk mengurangi nyeri

4.2. Pembahasan

Dalam pembahasan, kali ini penulis akan menguraikan perpaduan antara yang terjadi saat penelitian di RSUD Jombang dengan temuan teori yang ada, khususnya di ruang Yudistira. Pembahasan tersebut dibuat bertujuan untuk memperoleh berbagai solusi atas permasalahan-permasalahan yang ada sebagai usaha untuk tindak lanjut dalam implementasi asuhan keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

1. Data subjektif (Ds)

Diperoleh dari hasil pengkajian pada klien 1/Ny. S , berusia 32 tahun, berjenis kelamin perempuan dengan fraktur humerus sinistra dan klien 2/Tn. J, berusia 25 tahun berjenis kelamin laki-laki dengan fraktur humerus dekstra. Hasil yang diperoleh pada pengkajian klien 1 yaitu nyeri pada luka bekas operasi pembedahan di humerus sinistra, klien 2 nyeri pada luka bekas operasi pembedahan di humerus dekstra.

Menurut peneliti, nyeri akut pada klien 1 dan klien 2 disebabkan oleh salah satu tindakan bedah orthopedi yang dilakukan untuk menangani fraktur yaitu prosedur pembedahan.

2. Data objektif

Data objektif diperoleh pada pengkajian klien 1/ Ny. S nyeri pada luka bekas operasi, kualitas nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri berada pada Humerus kanan dan tidak menyebar, skala nyeri 6, waktu nyeri hilang timbul. Sedangkan pada pengkajian klien 2/Tn. J nyeri pada luka bekas operasi , kualitas seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada femur kiri dan tidak menjalar, skala nyeri 5 , waktu nyeri hilang timbul.

Menurut peneliti, hasil yang didapatkan dari pengkajian nyeri secara umum pada klien 1 dan klien 2, keluhan klien sesuai dengan teori pengukuran skala nyeri menggunakan metode NRS (*Numeric Rating Scale*).

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil yang didapatkan dalam pengkajian klien 1 yaitu wajah terlihat meringis kesakitan, menahan rasa nyeri pada luka post op. kualitas seperti tertusuk-tusuk pada humerus sinistra, nyeri tidak menyebar, skala nyeri 5 dengan waktu hilang timbul. Sedangkan klien 2 nyeri pada luka post op kualitas seperti

tertusuk-tusuk pada humerus dekstra, nyeri tidak menyebar dengan skala nyeri 5 hilang timbul, oleh sebab itu peneliti dapat menyimpulkan bahwa klien 1 dan 2 masalah utamanya adalah nyeri akut.

Dari data-data yang di dapatkan, peneliti lebih mengedepankan nyeri akut karenabila tidak segera diatasi akan berpengaruh pada peningkatan tekanan darah, takikardi, pupil melebar, dan diaphoresis. Dalam situasi tertentu dapat pula terjadi penurunan tekanan darah yang akan mengakibatkan timbulnya syok.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan pada ke 2 klien dengan diagnosa nyeri akut sesuai dengan SDKI, SLKI dan SIKI 2019 yaitu :identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu dengan dikstraksi, pemberian relaksasi nafas dalam, mengontrol lingkungan yang memberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, serta jelaskan penyebab nyeri, periode nyeri, dan pemicu nyeri.

Menurut peneliti, pemberian teknik nonfarmalogi seperti dikstrasi, pemberian relaksasi nafas dalam dan sebagainya sangat cocok untuk kondisi klien dengan keluhan nyeri akut.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada klien 1 dan 2 yaitu Manajemen nyeri yang mengajarkan klien teknik relaksasi nafas, melakukan pemberian dikstrasi atau pengalihan, seperti menonton hal-hal yang di sukai, mendengarkan musik atau membicarakan sesuatu pembicaraan yang menarik.

Implementasi sendiri merupakan pengelolaan dan pelaksanaan rencana. Mengatur pemeliharaan pada tahap perencanaan penanggulangan keperawatan menyediakan klien sehubungan dengan dukungan, perawatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan keluarga klien, atau tindakan untuk mencegah gangguan kesehatan di masa depan (Supratti & Ashriady, 2019).

Menurut peneliti, implementasi yang dilakukan pada klien 1 dan 2 dengan masalah nyeri akut sesuai dengan intervensi yang dibuat, sehingga peneliti tidak menemukan kesenjangan antara hasil fakta dilapangan dan teori.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi klien 1 selama 3 hari keadaan umum pasien sudah membaik ditandai dengan nyeri berkurang ketika bergerak dengan skala 2, kesadaran composmentis, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 x/menit, RR: 20x/menit, klien tampak tenang tanpa ekspresi wajah meringis. Pada klien 2 selama 3 hari keadaan umum sudah membaik ditandai dengan nyeri berkurang dengan skala 2, kesadaran composmentis ¹tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 82 x/menit, RR: 20 x/menit, klien tampak sudah tidak gelisah.

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan di mana perawat menilai pada tahap ini apakah akan mengambil tindakan atau tidak. Apakah melakukan tindakan secara efektif atau tidak menyelesaikan masalah, atau dengan kata lain, tercapai tujuan atau tidak. Evaluasi ini sangat penting karena pada saat mengevaluasi jika itu menunjukkan bahwa tujuan tidak tercapai atau tercapai sebagian, maka menilai kembali mengapa tujuan tidak tercapai dengan evaluasi nilai perawatan ini (catat kemajuan) atau review kembali (Mari purwanto, 2018).

Menurut peneliti klien 1 dan 2 mengalami kemajuan yang signifikan selama 3 hari yaitu nyeri berkurang dengan skala 2 dan kedua klien tersebut bisa melakukan teknik mengontrol nyeri dengan relaksasi nafas dalam dan mengalami perubahan dengan sudah tidak adanya nyeri dan rasa gelisah.

KESIMPULAN DAN SARAN**5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan data yang diperoleh dari peneliti pada klien 1 dan klien 2 diruang Yudistira RSUD Jombang, dengan study kasus “Asuhan keperawatan pada klien post operasi Fraktur Humerus, maka peneliti dapat menyimpulkan masalah sebagai berikut :

1. Pengkajian yang diperoleh penulis pada klien 1, dan klien 2 pada tanggal 12/06/2023 diperoleh data subjektif dari klien yang menderita fraktur humerus post operasi pada Ny. S didapatkan data yaitu dengan keluhan nyeri pada luka post op fraktur humerus sinistra dengan skala nyeri yang bernilai 5, pada Tn. J, didapatkan dengan keluhan nyeri pada luka post op fraktur humerus dekstra dengan skala nyeri yang bernilai 6.
2. Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 adalah nyeri akut.
3. Peneliti melakukan Intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI, SLKI 2019 mengenai masalah nyeri akut.
4. Implementasi keperawatan pada fraktur humerus post op yaitu, dengan diagnosa keperawatan nyeri akut dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang salah satunya adalah pemberian relaksasi nafas dalam, atau bisa juga dengan dikstrasi yaitu pengalihan seperti menonton film, mendengarkan musik, atau membicarakan suatu pembicaraan yang menarik.
5. Evaluasi keperawatan klien 1, dan klien 2 fraktur humerus post op, yaitu dengan masalah keperawatan nyeri akut dan kedua klien mengalami perubahan, atau penurunan nyeri dengan skala 2 dan pasien menjadi lebih tenang dari sebelumnya, dan sudah tidak nampak gelisah sehingga klien bisa

keluar RS pada hari ke lima dan ke 6

5.2 Saran

1. Bagi klien dan keluarga

Klien diharapkan mampu kooperatif dan kerjasama yang baik antar penulis dengan perawat ruangan, dan tim medis lainnya karena faktor pendukung dalam pelaksanaan tindakan keperawatan adalah klien dan keluarga.

2. Bagi perawat

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya lebih berpotensi dengan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup, serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan seperti mobilisasi dengan belajar menggerakkan tangan sedikit demi sedikit, ROM pasif selama 2 jam sekali, dan pembebatan tidak terlalu ketat, karena dapat menyebabkan sirkulasi darah tidak lancar.

3. Bagi peneliti lainnya

Hasil ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam pembuatan karya tulis ilmiah fraktur humerus post op.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Aziz. (2020). *Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Brunner & Suddarth. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8 Volume 2, ECG: Jakarta.
- Hawari. (2019). *Menejemen Stres Dan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Jurnal data fraktur jombang indah, <http://digilib.stikesicme-jbg.ac.id/ojs/index.php/jip/article>.
- Kementrian Kesehatan. *Hasil Riskesdas 2007*. <http://depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202017.pdf>. Diakses pada tanggal 19 Desember 2016.
- Nanda International. (2018). *Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2017 – 2018*. Jakarta : EGC.
- Nursalam. (2008). *Proses dan Dokumentasi Konsep & Praktik*. Jakatra: Salemba Medika.
- Padila. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Dilengkapi Asuhan Keperawatan Pada Sistem Cardio, Perkemihan, Integumen, Persyarafan, Gastrointestinal, Muskuloskeletal, Reproduksi, dan Respirasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Price, Sylvia dan Wilson Lorraine, M. 2019. *Pathofisiolaogi Konsep Klinis Proses – proses Penyakit*. Edisi 3. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: EGC.
- Sjamsu Hidayat R, De Jong Wim. 2020. *Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi*

Revisi.

Jakarta: EGC.

Tri, Maharani, dkk. (2016). Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah: Studi Kasus

Program Studi Diploma III Keperawatan. Jombang: STIKes ICMe

Wijaya, Andra S & Putri, Yessie M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2:*

Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep. Yogyakarta: Nuha

Medika

Hariyono DC, Hasan M, Prasetyo R. Perbandingan Rentang Gerak Sendi Bahu Siku

dan Kekuatan Otot Lengan Atas pada Pasien Fraktur Humerus

dengan Terapi Operatif dan Non-Operatif RS Dr. Soebandi. *Journal*

of Agromedicine and Medical Sciences. 2015;1(1):25-28.

Karladani AH, Granhed H, Kärrholm J, Styf J. The influence of fracture etiology

and type on fracture healing: a review of 104 consecutive tibial shaft

fractures. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2001;121(6):325–328.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN FRAKTUR HUMERUS POST OP SINISTRA DAN DEKSTRA DI RSUD JOMBANG

ORIGINALITY REPORT

4%

SIMILARITY INDEX

3%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan	1%
	Student Paper	
2	www.slideshare.net	1%
	Internet Source	
3	repo.stikesicme-jbg.ac.id	<1%
	Internet Source	
4	repository.universitalirsyad.ac.id	<1%
	Internet Source	
5	es.scribd.com	<1%
	Internet Source	
6	pdfcoffee.com	<1%
	Internet Source	
7	Submitted to stipram	<1%
	Student Paper	
8	Submitted to Ateneo de Manila University	<1%
	Student Paper	

9

Internet Source

<1 %

10

nurkholisalrosyid.wordpress.com

Internet Source

<1 %

11

Submitted to Universitas Papua

Student Paper

<1 %

12

eprints.untirta.ac.id

Internet Source

<1 %

13

www.scribd.com

Internet Source

<1 %

14

eprints.umpo.ac.id

Internet Source

<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off