

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN POST-OP FRAKTUR HUMERUS DIRUANG YUDISTIRA RSUD JOMBANG

by . .

Submission date: 16-Sep-2025 06:53PM (UTC-0700)

Submission ID: 2706825308

File name: NADIA_FEBBI_INDRAWATI.docx (565.78K)

Word count: 8790

Character count: 61768

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

¹ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
DENGAN *POST-OP FRAKTUR HUMERUS*
DIRUANG YUDISTIRA RSUD JOMBANG



Disusun Oleh:

NADIA FEBBI INDRAWATI

(246410038)

¹PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

TAHUN 2025

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur merupakan penyebab tingginya angka kecatatan diseluruh dunia.

Salah satunya *fraktur humerus*, sering terjadi karena cedera (Tata et al., 2024) .

Fraktur Humerus adalah kerusakan arsitektur normal pada tulang humerus, *fraktur* dapat mengakibatkan terjadinya keterbatasan gerak, terutama di daerah sendi yang *fraktur* dan sendi yang ada di daerah sekitarnya, karena keterbatasan gerak tersebut mengakibatkan terjadinya keterbatasan lingkup gerak sendi dan gangguan pada fleksibilitas sendi (Munzirin, 2020). 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 neurovascular (Vernanda, 2023).

Menurut World Health Organization(WHO), kasus *fraktur* terjadi di dunia kurang lebih 13 juta orang pada tahun 2021, dengan angka prevalensi sebesar 2, 7 (%). Sementara pada tahun 2020 terdapat kurang lebih 18 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 4, 2 %. Tahun 2019 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 4, 5 %. Sedangkan di daerah jawa timur *fraktur* ini terjadi sebanyak 6,2% (Taroenadibrata, 2021). Di indonesia telah tercatat kasus *fraktur* paling banyak terjadi yaitu *fraktur Humerus* 42%, *fraktur humerus* 17%, *fraktur tibia dan fibula* 14% (Widiasih & Afn, 2021) Serta data melalui studi kasus Pada tiga bulan terakhir Desember 2024, kejadian *fraktur Humerus* di ruang Yudistira RSUD sebanyak 30 kasus dengan rata – rata lama rawat inap pasien *post* operasi *fraktur* selama 3 – 4 hari.

Penatalaksanaan *fraktur* merupakan proses yang sangat kompleks dan dipengaruhi oleh banyak factor yang perlu dipertimbangkan, antara lain tingkat keparahan tulang, tingkat keparahan cedera jaringan lunak, keterlambatan dalam penanganan, waktu operasi, kondisi umum pasien, cedera penyerta, Teknik pembedahan, penatalaksanaan pasca operasi. Penanganan *fraktur* umumnya melibatkan dua Teknik utama yaitu *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF) dan *Open Reduction External Fixation* (OREF), kedua Teknik ini bertujuan utama untuk mempertahankan posisi fragmen tulang agar tetap stabil dan mendukung proses penyembuhan tanpa pergerakan yang tidak diinginkan. Pasien post ORIF jarang dilakukan mobilisasi, karena ketidaktahuan pasien akan pentingnya mobilisasi pasien justru takut melakukan mobilisasi sehingga berdampak dengan keluhan seperti bengkak atau edema, kesemutan, kekakuan sendi, nyeri, dan pucat pada anggota gerak (Sari & Asmara, 2020).

Pada semua jenis *fraktur*, *fraktur* ektrimitas memiliki insiden yang cukup tinggi. Masalah keperawatan yang dialami pasien *fraktur* salah satunya adalah nyeri. nyeri merupakan salah satu masalah keperawatan yang dialami pasien *fraktur*, dan jika tidak ditangani dengan baik bisa menyebabkan perubahan sementara tanda vital, terhambatnya ambulasi dini, waktu pemulihan yang memanjang, penurunan fungsi sistem (Munzirin, 2020). Untuk meningkatkan kekuatan otot dan melatih mobilisasi pada pasien *fraktur*, dapat dilakukan Tindakan keperawatan seperti melatih ROM (range of motion) adalah Latihan gerak sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana pasien menggerakkan masing- masing persendianya sesuai Gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif (Munzirin, 2020). Berdasarkan latar belakang diatas penulis

tertarik untuk mengambil kasus ³Asuhan Keperawatan pada klien *post op Fraktur humerus* di ruang Yudistira RSUD Jombang.

1.2 Rumusan masalah

Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien *Post op Fraktur Humerus* di Ruang Yudistira RSUD Kabupaten Jombang?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Mengambarkan Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami *Post op Fraktur Humerus* di ruang yusidira RSUD Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pengkajian pada pasien *Post op Fraktur Humerus* di Ruang Yudistira RSUD Kabupaten Jombang
2. Mengidentifikasi gambaran Diagnosis Keperawatan pada pasien *Post op Fraktur Humerus* di Ruang Yudistira RSUD Kabupaten Jombang
3. Mengidentifikasi gambaran rencana tindakan keperawatan pada pasien *Post op Fraktur Humerus* di Ruang Yudistira RSUD Kabupaten Jombang
4. Mengidentifikasi gambaran tindakan keperawatan pada pasien *Post op Fraktur Humerus* di Ruang Yudistira RSUD Kabupaten Jombang
5. Mengidentifikasi gambaran ¹⁶tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien *Post op Fraktur Humerus* di Ruang Yudistira RSUD Kabupaten Jombang

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teroris

1.4.2 Praktis

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai sumber informasi bagi Rumah Sakit dalam upaya peningkatan mutu dan kualitas pelayanan pada pasien *Fraktur Humerus*

Bagi Profesi Kesehatan

2. Bagi Perawat

Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi profesi keperawatan untuk berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian *Fraktur* dengan pemberian pendidikan kesehatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi bagi mahasiswa/i untuk memperoleh ilmu dan menjadi bekal dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Fraktur Humerus*.

BAB 2

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 (Setyorini, 2019).

2.1.2 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 (Ardi & St, 2022).

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 humerus*.
 - 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 jugaterjadi pada berbagai Tumor tulang (*jinak* atau *ganas*): pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali dan progresif.

b. Infeksi seperti osteomielitis: 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 diit, tetapi kadang kadang dapat terjadi karena kegagalan absorpsi Vitamin D atau oleh karena asupan kalsium atau fosfat yang rendah.

3. Fraktur stress

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

2.1.2 Klasifikasi *Fraktur*

1. *Fraktur* tertutup (*closed*), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar.
2. *Fraktur* terbuka (*open/compound*), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dan dunia luar. *Fraktur* terbuka dibagi menjadi tiga derajat, yaitu:
 - a. 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) Konstaminasi ringan.

b. Derajat II

Laserasi lebih dari 1 cm.

a. Kerusakan jaringan lunak, tidak luas, avulse.

b. *Fraktur* komuniti sedang.

c. Derajat III

a. Terjadi kerusakan jaringan lunak yang luas meliputi struktur kulit, otot dan *neurovaskular* serta kontaminasi derajat tinggi.

4. *Fraktur Complete*

Patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran (bergeser pada posisi normal).

5. *Fraktur incomplete*

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

6. Bentuk ¹ *garis patah*

a. *Garis patah* melintang

b. *Garis patah obliq*

c. *Garis patah spiral*

d. *Fraktur* kompresi

e. *Fraktur* avulsi

7. Jumlah ¹⁵ *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.

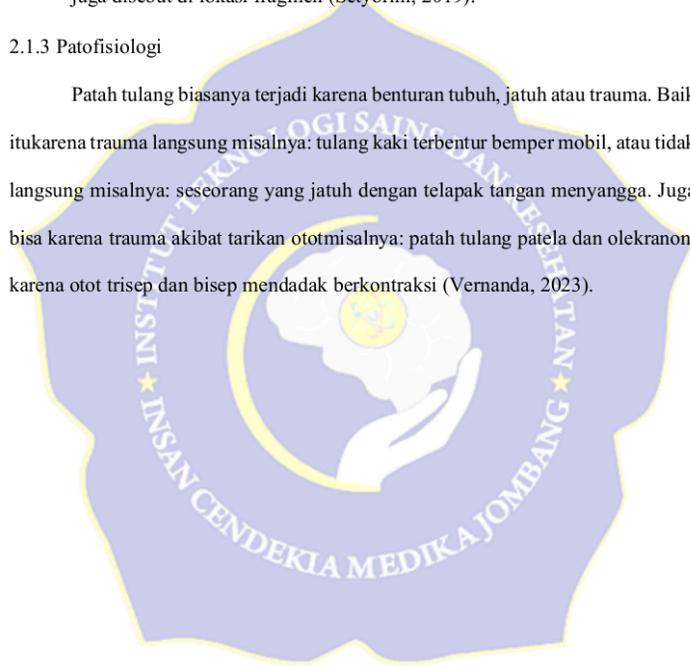
c. *Fraktur* multiple garis patah lebih dari satu tetapi pada tulang yang berlainan.

8. Bergeser tidak bergeser

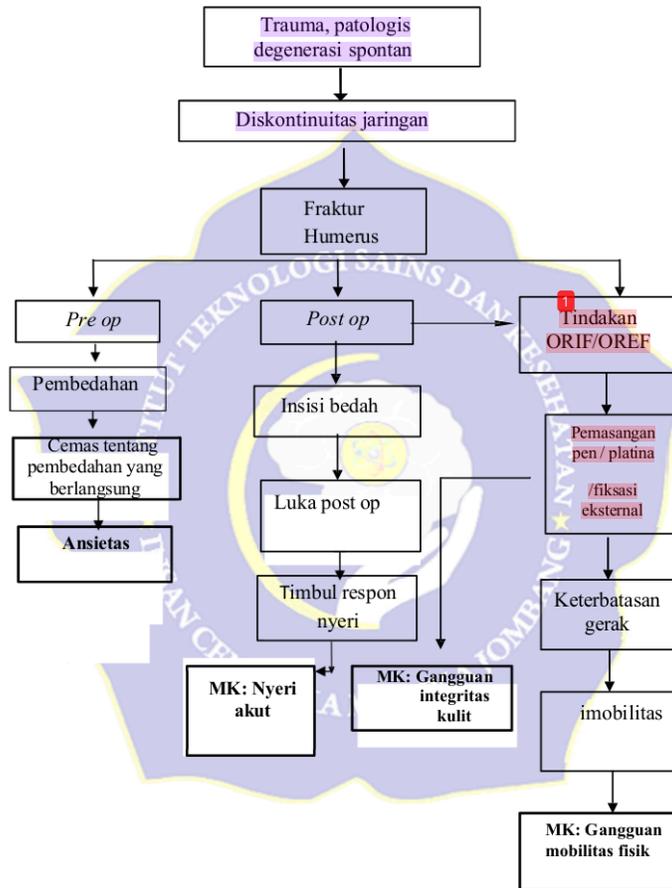
Fraktur tidak bergeser garis patah kompli tetapi kedua fragmen tidak bergeser. *Fraktur* bergeser terjadi pergeseran fragmen fragmen *fraktur* yang juga disebut di lokasi fragmen (Setyorini, 2019).

2.1.3 Patofisiologi

Patah tulang biasanya terjadi karena benturan tubuh, jatuh atau trauma. Baik itu karena 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 bicep mendadak berkontraksi (Vernanda, 2023).



3
2.1.4 Pathway



Gambar 2. 1 Pathway

2.2.5 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 ¹ dari lokasi dan tempat ekstra **vaksasi darah** dalam jaringan yang berdekatan dengan *fraktur*.

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

³ 2.1.6 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 syaraf karena pemasangan gips, balutan atau pemasangan traksi (Widiasih & Afn, 2021).

2.1.7 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 hematam pada tempat patah tulang

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

2. Fase granulasi jaringan/ proliferasi

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

- a. Terjadi 1-5 hari setelah injuri
- b. hematam 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 *remodeling*

Dalam waktu lebih dari 10 minggu *callus* terbentuk dengan oksifitas *osteoblast* dan *osteoclasts*
- 2.1.8 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 (ORIF).
- 2.1.9 Pemeriksaan Penunjang
1. *X.Ray* dilakukan untuk melihat bentuk patahan atau keadaan tulang yang cedera
 2. *Bone scans*, tomogram atau MRI scans
 3. Arteriogram : dilakukan bila ada kerusakan vaskuler

4. CCT dilakukan jika banyak kerusakan otot

5. Pemeriksaan darah lengkap

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Pengumpulan data

17

a. Identitas klien

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

b. Keluhan utama

Biasanya klien mengeluh sakit (nyeri) pada daerah luka post op

c. Riwayat penyakit dahulu.

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

d. Riwayat penyakit sekarang.

Pada umumnya penderita mengeluh nyeri pada daerah luka operasi.

e. Riwayat Penyakit keluarga.

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

2. Pola-pola fungsi

a. Pola aktivitas dan latihan

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

b. Pola tidur dan istirahat

Kebiasaan pola tidur dan istirahat klien mengalami gangguan yang

disebabkan oleh nyeri luka ³ post op.

c. Pola persepsi dan konsep diri

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

²⁵ d. Pola sensori dan kognitif

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

³ e. Pola tata nilai dan kepercayaan

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

f. Pola nutrisi dan metabolisme

Pada klien *fraktur* harus mengonsumsi 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 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.

g. Pola 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 urindikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak.

3
h. Pola 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 (Widiasih & Afri, 2021).

i. 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.

j. Pola hubungan dan peran

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

k. 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.

2.2.2 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. 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.

3. Kulit

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

4. Pengelihatan

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

5. Penciuman dan hidung.

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

6. Pendengaran dan telinga.

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

7. 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 atau tidak), gangguan bicara (ada atau tidak).

8. Dada dan pernafasan.

Bentuk (simetris atau tidak), bentuk dan pergerakan dinding dada (simetris atau tidak), ada bunyi atau irama pernapasan seperti : teratur atau ¹tidak, ada irama *kussmaul* atau tidak, *stridor* atau tidak, *wheezing* atau tidak, *ronchi* atau tidak, *pleural friction-Rub* atau tidak, adanya nyeri tekan pada daerah dada atau tidak, ada atau tidak bunyi jantung tambahan seperti : Bunyi jantung I yaitu bunyi menutupnya katup *mitral* dan *trikuspidalis*, BJ II yaitu bunyi menutupnya katup *aorta* dan *pulmonalis*, Bising jantung atau Murmur.

9. Sistem reproduksi

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

10. Ekstremitas bawah

Ada pembatasan gerak atau tidak, ada odem atau tidak, varises ada atau tidak, tromboflebitis ada atau tidak, nyeri atau kemerahan (ada atau ¹tidak), tanda- tanda infeksi (ada atau tidak), ada kelemahan tungkai atau tidak.

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik luka post op.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, pembengkakan, prosedur bedah, immobilisasi. terapi restriktif

(immobilisasi).

3. Resiko infeksi berhubungan dengan bakteri yang masuk pada luka *fraktur*.
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan *fraktur* terbuka, pemasangan traksi (pen,kawat, sekrup).

2.2.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan Dan kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil 1. Keluhan nyeri menurun (4) 2. Meringgis menurun (4) 3. Gelisah menurun (4) 4. Kesulitan tidur (3)	Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetic jika perlu.
2.	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat	Dukungan mobilisasi Observasi : 1. Identifikasi adanya

		dengan kriteria hasil :		nyeri atau keluhan fisik lainnya
		1. Pergerakan ekstremitas meningkat		2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
		2. Kekuatan meningkat	otot	3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
		3. Kelemahan menurun	fisik	Terapeutik
				4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
				5. Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu
				6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
				Edukasi
				7. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
				8. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
				9. Ajarkan mobilisasi sederhana
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan bakteri yang masuk pada luka <i>fraktur</i>	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 2x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :		Pencegahan infeksi
				Observasi
				1. Monitor tanda gejala infeksi local dan sistemik
				Terapeutik
		1. Kemerahan menurun		2. Batasi jumlah pengunjung
		2. Bengkak membaik		3. Berikan perawatan kulit pada daerah edema
				4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
				5. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko
				Edukasi

		6. Jelaskan tanda gejala infeksi
		7. Ajarkan cara memeriksa luka
		8. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
		Kolaborasi
		9. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan <i>fraktur</i> terbuka, pemasangan traksi (pen, kawat, sekrup).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan lapisan kulit meningkat 2. Perdarahan menurun	Perawatan luka Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2. Monitor karakteristik luka Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan nacl 5. Berikan salep sesuai jenis luka 6. Pertahankan Teknik steril Edukasi 7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggikalori dan poritein

Tabel 2. 1 Intervensi keperawatan

2.2.5 Implementasi Keperawatan

⁶ 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 (Crisp, J., Douglas, C., Rebeiro, G., & Waters, 2020).

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah ⁶ 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 ¹ 2020)



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain penelitian

Desain penelitiannya adalah studi kasus pada penelitian ini mengkaji tentang asuhan keperawatan pada pasien patah tulang *humerus post* operasi.

3.2 Batasan istilah

Batasan istilah atau definisi operasional mendefinisikan variable secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek (Hidayat, 2020):

1. Asuhan keperawatan ialah metode, perawatan langsung yang sistematis terorganisir pada bagaimana suatu kelompok atau individu merespons dan menanggapi gangguan kesehatan yang mereka alami, baik yang sebenarnya maupun yang mungkin melalui tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
2. *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).

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan pengambilan bagian atau keterlibatan orang dengan cara memberikan dukungan (tenaga, pikiran maupun materi) dan tanggung

jawabnya terhadap setiap Keputusan yang telah di ambil demi tercapainya tujuan yang telah di tentukan Bersama. partisipan pada penelitian ini yaitu 1 pasien dewasa yang terdiagnosa *Fraktur Humerus* di ruang Yudistira RSUD Jombang dengan kriteria yaitu:

1. Pasien merupakan seorang laki- laki, berusia 20-25 tahun dengan luka post op humerus, dan telah dikonfirmasi identitas gendernya secara jelas oleh tim medis melalui data rekam medis.
2. Pasien berada dalam keadaan sadar penuh (*compos mentis*), yaitu mampu merespons rangsangan secara tepat, memahami instruksi yang diberikan, serta dapat berkomunikasi dengan baik secara verbal maupun nonverbal. Kesadaran pasien telah dinilai oleh tenaga medis menggunakan pendekatan klinis yang sesuai (misalnya Glasgow Coma Scale atau pemeriksaan neurologis standar).
3. Pasien telah menyatakan kesediaannya secara sukarela untuk menjadi responden penelitian, setelah mendapatkan penjelasan lengkap mengenai tujuan, prosedur, manfaat, serta risiko yang mungkin timbul dari partisipasi. Pernyataan persetujuan ini dibuktikan dengan penandatanganan lembar informed consent sesuai dengan prinsip etik penelitian.

3.4 Waktu dan tempat penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di ruang Yudistira RSUD Jombang di
jl. KH. Wahid Hasyim No. 52, Kepanjen, Kabupaten Jombang.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini dilakukan pada bulan November 2024 yang di dasarkan pada pemberian asuhan keperawatan pada periode sebelumnya.

3.5 Jenis dan teknik pengumpulan data

Pengumpulan **data** adalah berbagai metode yang digunakan untuk mengumpulkan, menyusun, mengambil, atau mengumpulkan data survei (Suwartono, 2020, hal. 41). Dalam penelitian deskriptif studi kasus ini, teknik pengumpulan data yaitu Studi Dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnose **dan data-data lain yang** akurat atau relevan).

3.6 Uji keabsahan data

Uji keabsahan **data** merupakan hasil data dengan validitas tinggi yang sudah diuji kualitas data. Uji keabsahan data selain integritas peneliti dilakukan dengan: Triagulasi merupakan Teknik pengumpulan data yang sifatnya menggabungkan berbagai data dan sumber yang telah ada yang bersumber dari 3 data lain yaitu pasien lain yang memiliki masalah keperawatan sama dengan klien, perawat yang merawat pasien pada saat itu dan teman sejawat yang pada saat dulu mengelola pasien yang sama digunakan sebagai sumber informasi tambahan yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa data

Analisa **data** merupakan pengumpulan data yang dilakukan dengan menganalisis laporan asuhan keperawatan, analisis dilakukan setelah semua data dikumpulkan. Analisis data mengumpulkan data, membandingkannya dengan teori yang ada, dan memberikan pendapat untuk dibahas. Analisis dilakukan dengan memberikan penjelasan tentang jawaban penelitian yang ditemukan melalui

interpretasi data mendalam yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian.

Penelitian ini menganalisis data dalam beberapa langkah:

1. Pengumpulan informasi

Pengumpulan informasi dilakukan dengan studi dokumentasi yang digunakan untuk mengumpulkan data hasilnya akan dicatat dalam bentuk laporan hasil dan pembahasan. Data dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi termasuk dalam kategori ini.

2. Mereduksi data

Informasi yang trhimpun dari lapangan di analisis, dicatat ulang dalam bentuk laporan atau deskripsi yang lebih terperinci, disatukan dalam laporan, dan diklasifikasikan menjadi data subjektif dan objektif. Hasil dari evaluasi ini digunakan untuk menganalisis data.

3. Penyajian data

Informasi disajikan menggunakan teks deskriptif dan tabel. Menjaga identitas responden menjamin kerahasiaan mereka.

4. Pembahasan

Data yang ditemukan kemudian didiskusikan, bandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya, dan lakukan perbandingan teoretis antara perilaku kesehatan.

5. Kesimpulan

Kesimpulan penelitian ini dilakukan untuk membandingkan data dengan temuan dari sebelumnya dengan mempertimbangkan teori tentang proses keperawatan serta proses Kesehatan data yang terkumpul mencakup pengkajian, diagnostik, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.8 Etika penelitian

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

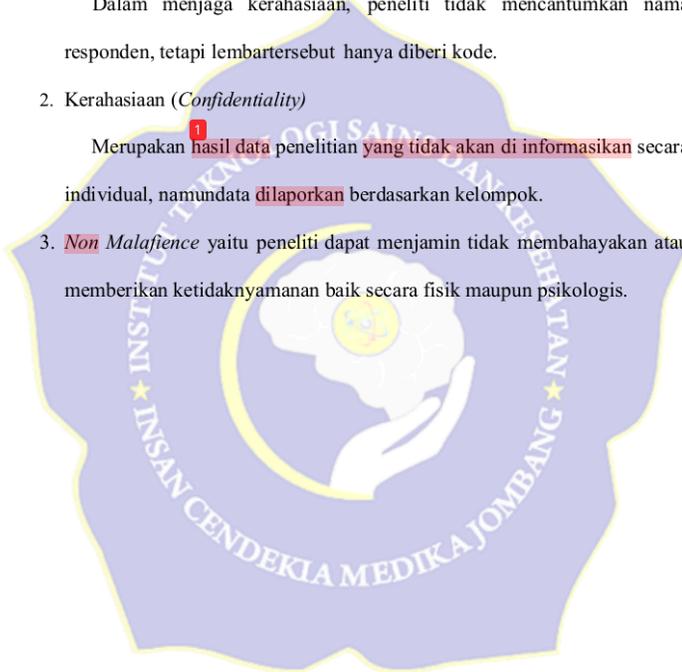
1. Tanpa nama (*Anonimitas*)

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

2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Merupakan hasil data penelitian yang tidak akan diinformasikan secara individual, namun data di laporkan berdasarkan kelompok.

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



BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Yudistira RSUD Jombang Jl. KH. Wahid Hasyim No.52, Kepanjen, Kecamatan Jombang, kabupaten Jombang, Jawa Timur. Secara umum ruang Yudistira memiliki dua Kawasan timur dan barat yang terdiri dari ruang perawatan kelas 1, kelas 2, kelas 3, dan ruang Combis.

4.1.2 Karakteristik partisipan

Tabel 4. 1 Identitas Klien

Identitas Klien	Hasil/Data
Nama	Tn.M
Umur	22 Tahun
Jenis Kelamin	laki - laki
Agama	Islam
Pendidikan	SMA
Pekerjaan Alamat	wiraswasta Ploso, Jombang
Status Pernikahan	belum Menikah
Tanggal Masuk	13 Oktober 2024
Tanggal Pengkajian	14 Oktober 2024
Diagnosa Medis	<i>Post op Fraktur Humerus Sinistra</i>

Sumber : Data Primer, 2024

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Tabel 4. 2 Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan	Hasil/Data
Keluhan Utama	Nyeri pada luka bekas operasi tangan kiri
Riwayat Kesehatan Sekarang	Pasien mengatakan pada tanggal 13 sekitar pukul 13.00 WIB pasien hendak berangkat bekerja lalu diperjalanan ,pasien menyalip truk tapi malah tersenggol jatuh kearah kiri dan terkena beton pembatas jalan. Pasien lalu dibawa ke IGD RSUD Jombang pukul

	13.30 WIB dan dibawa ke ruang Yudistira Pukul 14.30 WIB.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien mengatakan tidak mempunyai Riwayat penyakit ini sebelumnya
Riwayat Kesehatan Keluarga	Keluarga klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan

Tabel 4. 3 Pola fungsi kesehatan

Pola Kesehatan	Fungsi Pengkajian	Hasil/Data
Persepsi dan pemeliharaan Kesehatan	Merokok : jumlah, jenis, ketergantungan Alkohol : Jumlah, jenis, ketergantungan Obat-obatan : jumlah, jenis, ketergantungan Alergi Harapan dirawat di RS Pengetahuan tentang penyakit Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan Jenis diet	Klien mengatakan merokok 5 batang dan klien memiliki ketergantungan Klien mengatakan tidak mengonsumsi alkohol Klien mengatakan tidak mengonsumsi obat-obatan Klien mengatakan tidak memiliki alergi Bisa cepat sembuh Klien mengetahui tentang penyakitnya Klien mengatakan mengetahui keamanan dan keselamatan
Nutrisi dan Metabolik	Diet/pantangan Jumlah porsi Nafsu makan Kesulitan menelan Jumlah cairan/minum Jenis cairan Data lain	Tidak ada Tidak ada 1 porsi Menurun Tidak ada kesulitan menelan 850 ml perhari Air putih Tidak ada
Aktivitas dan Latihan	Makan/minum Mandi Toileting Berpakaian Berpindah Mobilisasi di tempat tidur dan ambulasi ROM Alat bantu Data lain	Dibantu orang Dibantu orang Dibantu orang Dibantu orang Tidak ada Keluarga mengatakan aktivitas dibantu, klien

		hanya tampak berbaringdi tempat tidur
Tidur dan Istirahat	Kebiasaan tidur	Klien mengatakan lebih sering memejamkan mata Smrs :7-10 jam Mrs : 4-5 jam
	Lama tidur	
	Masalah tidur	Sering terbangun
Eliminasi	Pola defekasi Warna feses	1-2x sehari
	Kolostomi Kebiasaan miksi Warna urine Jumlah urine Harga diri	Kuning kecoklatan Tidak ada kolostomi Klien mengatakan tidak pasti Kuning keruh 500 ml klien mengatakan harapan dirawat ingin cepat sembuh dan melakukan kegiatan seperti biasanya
Pola persepsi diri (konsep diri)	Peran Identitas diri Ideal diri	seorang anak klien mengatakan sebagai seorang anak
	Penampilan koping	klien menatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya bersih klien mengatakan sebelum sakit melakukan pekerjaan sendiri tapi setelah sakit klien membutuhkan bantuan
Sistem peran	Peran saat ini Penampilan peran Sistem pendukung	bersih klien mengatakan sistem pendukungnya adalah keluarga
	Interaksi dengan orang lain	klien mempu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya saat di tanya
Seksual dan Reproduksi	Frekuensi hubungan seksual Hambatan hubungan seksual Keadaan mental	klien tidak berhubungan karena sakit klien tidak berhubungan klien mengatakan selalu mendapatkan dukungan mental dari keluarga untuk cepat sembuh
	Kognitif perseptual	
	Berbicara	klien bisa bercara secara normal klien dapat memahami Ketika di ajak bicara klien mengatakan gelisah/ cemas karena luka di tangan nya
	Kemampuan memahami Ansietas	klien tidak memiliki gangguan pada pendengaran
	Pendengaran	

	Penglihatan	klien tidak memiliki gangguan penglihatan
Nilai dan Keyakinan	Nyeri Agama yang dianut Nilai/keyakinan terhadap penyakit	nyeri tangan kiri Islam Klien mengatakan meyakini bahwa allah akan memberikan Kesembuhan

Sumber : Data Primer, 2024

Tabel 4. 4 pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Fisik	Pengkajian	Hasil/data
Vital sign	Tekanan darah Suhu Kesadaran GCS	110/80 mmHg 36,8 ºC Composmentis 4/5
Keadaan umum	Status gizi Berat badan Tinggi badan	Normal 60 kg 165 cm
Pemeriksaan fisik Kepala	Sikap Warna rambut Kuantitas rambut Tekstur rambut Kulit kepala Bentuk kepala	Gelisah hitam kasar Bergelombang Bersih Simetris Tidak anemis
Mata	Konjungtiva Sclera Reflek pupil Bola mata	Putih Isokor Normal Normal
Telinga	Bentuk telinga Kesimetrisan Pengeluaran cairan	Simetris Tidak ada pengeluaran cairan Simetris
Hidung dan Sinus	Bentuk hidung Warna Bibir	Sawo matang Kering
Mulut dan Tenggorokan	Mukosa Gigi Lidah Palatum Faring	Bersih Kering Bersih Bersih
Leher	Bentuk Warna Posisi trakea Pembesaran tiroid	Sedikit kotor Normal Pendek Sawo matang
Thorax	JVP Paru-paru : Bentuk dada Frekuensi nafas Jenis pernafasan Pola nafas	Ditengah Tidak ada pembesaran tiroid Normal Normal

Tabel 4. 5 Hasil pemeriksaan penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil		
Radiologi	YTH		
Tanggal 13 oktober 2024	X FOTO ROTGEN : <i>Fraktur</i> batang Humerus (tengah) Sinistra kiri Dengan pergeseran Minimal		
Laboratorium	Darah lengkap :	Hasil lab :	Nilai normal:
Tanggal 13 oktober 2024	Glukosa darah Sewaktu	105	100 - 140
	PT	13	11-15
	APTT	30	25-35
	Hemoglobin	12.6	11.7-15.5
	Leukosit	13.51	3.6-11
	Hematokrit	32.4	35-47
	MCV	73.6	82-92
	CH	22.1	27-31
	RDW-CV	15.1	11.5-14.5
	Trombosit	347	150-440
	Segmen	85	50-70

Sumber : Radiologi dan Laboratorium RSUD Jombang, 2024

Tabel 4. 6 Terapi Medis

Terapi medis	Dosis pemberian
Infus pz	14 TPM
Injeksi ondansetron	3x8 mg
Injeksi santagesik Injeksi ranitidin	3x1 5 mg 3x1

Sumber : Rekam Medik, 2024

Tabel 4. 7 Analisa Data

Analisa Data	Eiologi	Masalah keperawatan
DS : Klien mengatakan nyeri pada tangan sebelah kiri P: nyeri ketika digerakan Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: di bagian humerus sinistra S: skala nyeri 6 T: nyeri dirasakan hilang timbul	Agen pencedera Fisik <i>post op</i> <i>fraktur humerus</i>	Nyeri Akut

DO :

- Klien tampak meringis
- Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri)
- Klien tampak gelisah
- Klien tampak kesulitan tidur
- **Tanda-tanda vital:**
 TD:110\80 mmhg N:86x\mnt
 S:36,8C RR:20x\mnt
 SPO2:98%

DS : Klien mengatakan nyeri pada tangan sebelah kiri dan sulit untuk bergerak

	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik
--	-------------------------	--------------------------

DO :

DO :

- Pasien tampak lemah
- Pasien tampak cemas
- Pasien kesulitan bergerak
- Rentang gerak ROM menurun



- Gerakan terbatas
- **tanda-tanda vital :**
 TD:110\80 mmhg
 N:86x\mnt S:36,8C
 RR:20x\mnt SPO2:98%

Sumber : Data Primer, 2024

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 8 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di buktikan dengan nyeri pada tangan sebelah kiri
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan *post op fraktur humerus*

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 9 Intervensi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera	Tingkat Nyeri	Manajemen Nyeri

<p>fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan :</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh nyeri <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Suli tidur 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) <p>Kesulitan tidur menurun (5)</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 respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: terapi relaksasi nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur
<p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>(tidak terse dia)</p> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis 		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
		<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

<p>20</p> <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>dibuktikan dengan :</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas atas 	<p>Mobilitas Fisik</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
---	--	---

<p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas <p>Fisik lemah</p>	<p>Rentang gerak (ROM) meningkat (5)</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilitasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
---	--	---

Sumber : SDKI SLKI SIKI, 2020

1) Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 10 implementasi keperawatan

No	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	TTD
1.	Kamis 14/10/2024	08.00	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri di bagian humerus sinistra post-op, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.	
		08.15	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 6, tampak meringgis dirasakan terus menerus jika digerakan	
		09.25	Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil : pasien merasa nyaman saat lukanya dirawat	
		10.00	Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri berupa pemberian tehnik napas dalam Hasil : pasien memahami dan mampu melakukan Teknik relaksasi napas dalam	
		12.30	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa Nyeri	

			Hasil : pasien mengatakan nyaman dengan tirai Tertutup
			Memberikan asupan cairan oral
		13.00	Hasil : klien meminum dengan baik
			Kolaborasi pemberian analgesic
		13.30	Hasil: inj santagesik dan ondansentron
2.	Jum'at 15/11/2024	08.00	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri di bagian <i>humerus sinistra</i> post-op., nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.
		08.30	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 6,tampak meringgis dirasakan terus menerus jika digerakan
		09.30	Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil : pasien merasa nyaman saat lukanya dirawat
		10.00	Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri berupa pemberian tehnik napas dalam Hasil : pasien memahami dan mampu melakukan Teknik relaksasi napas dalam
		13.00	Memberikan cairan oral Hasil : klien meminum dengan baik
		13.30	Kolaborasi pemberian analgesic Hasil: inj santagesik dan ondansentron
3.	Sabtu 16/11/2024	08.00	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri di bagian <i>humerus sinistra post-op</i> , nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.
		08.05	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 4, meringgis berkurang
		08.50	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : ekspresi wajah tampak meringis Ketika digerakan,
		09.00	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : klien mengatakan memperringankan nyeri

Ketika beristirahat dan tidak banyak melakukan pergerakan

09.15 Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri berupa pemberian tehnik napas dalam

Hasil : pasien memahami dan mampu melakukan Teknik relaksasi napas dalam

10.00 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Hasil : pasien mengatakan nyaman dengan tirai tertutup

12.00 Kolaborasi Memberikan analgesik

Hasil : inj santagesik dan ondansetron

Implementasi keperawatan gangguan mobilitas fisik

No	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	TTD
1. Kamis	14/10/2024	08.00	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil : nyeri bagian tangan kiri saat bergerak	
		09.00	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : ROM pasien terbatas	
		09.20	Me libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Pasien dan keluarga antusias untuk melatih mobilisasi terbatas dengan alat bantu atau tanpa alat bantu	
		10.00	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : klien dan keluarga mengerti	
		10.20	Mengajarkan mobilisasi se derhana yang harus di lakukan Hasil: Pasien sangat antusias mendengarkan dan mempratekkan penjelasan perawat tentang melatih ROM pasca operasi	
2. Jumat	15/10/2024	08.00	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil : nyeri bagian tangan kiri saat bergerak	
		09.00	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : ROM pasien terbatas	
		09.30	Me libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	

Hasil : Pasien dan keluarga antusias untuk melatih mobilisasi terbatas dengan alat bantu atau tanpa alat bantu

10.00 Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 Hasil : klien dan keluarga mengerti

10.20 Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
 Hasil: Pasien sangat antusias mendengarkan dan mempratekkan penjelasan perawat tentang melatih ROM pasca operasi

3.	Sabtu	08.00 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : ROM pasien terbatas
	16/10/2024	08.20 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Pasien dan keluarga antusias untuk melatih mobilisasi terbatas dengan alat bantu atau tanpa alat bantu
		09.00 Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : klien dan keluarga mengerti
		09.20 Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: Pasien sangat antusias mendengarkan dan mempratekkan penjelasan perawat tentang melatih ROM pasca operasi

Sumber : Data Primer, 2024

2) Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 11 evaluasi keperawatan

No Dx	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	TTD
1	Kamis	12.00	S : klien mengatakan nyeri di bagian tangan kiri	
	14/10/2024		O : 1. Klien tampak meringis 2. Klien masih terlihat gelisah 3. Klien kesulitan tidur 4. skala 6 5. Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmHg N : 86x/mnt S : 36,8 RR : 20x/mnt Spo2 : 98% A : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P : intervensi terus dilakukan	

1	Jum'at 15/11/2024	13.00	<p>S : klien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian <i>humerus sinistra post-op</i></p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis 2. Klien masih terlihat gelisah 3. Klien kesulitan tidur 4. Waktu 6 5. Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmhg N : 86x\mnt S : 36,8 RR : 20x\mnt Spo2 : 98% <p>A ; masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : intervensi terus dilakukan</p>
1	Sabtu 16/11/2024	12.30	<p>S : klien mengatakan nyeri mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis berkurang 2. Klien gelisah berkurang 3. Waktu 4 4. Tanda-tanda vital : TD : 100/80 mmhg N : 88x\mnt S : 36,8 RR : 20x\mnt Spo2 : 98% <p>A : masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi terus dilakukan</p>
2	1 Kamis 14/10/2024	13.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit dan nyeri saat menggerakkan tangan sebelah kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah berbaring - Sulit menggerakkan ekstremitas - Luka tertutup perban - Waktu kekuatan otot 2 - Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmhg N : 88x\mnt S : 36,8 RR : 20x\mnt Spo2 : 98% <p>-</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>

2	Jumat 15/10/2024	11.00	S :	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulai bisa sedikit menggerakkan tangan sebelah kiri
			O :	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah berbaring - Sulit menggerakkan ekstremitas - Luka tertutup perban - Kekuatan otot 3 - Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmhg N : 88x/mnt S : 36,8 RR : 20x/mnt Spo2 : 98%
			A :	masalah belum teratasi
			P :	intervensi dilanjutkan
3	Sabtu 16/10/2024	12.00	S :	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bisa menggerakkan tangan sebelah kiri
			O :	<ul style="list-style-type: none"> - Sulit menggerakkan ekstremitas berkurang - Luka tertutup perban - Kekuatan otot 4 - Tanda-tanda vital : TD : 100/80 mmhg N : 88x/mnt S : 36,8 RR : 20x/mnt Spo2 : 98%
			A :	masalah teratasi sebagian
			P :	intervensi dilanjutkan

Sumber : Data Primer, 2024

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Studi kasus pada Tn.M yang dilakukan pada tanggal 14 Oktober 2024 pukul 13.00 dengan melakukan melihat catatan rekam medis pasien pada data pengkajian klien didapatkan keluhan yaitu merasa

nyeri pada luka post op dengan kualitas nyeri seperti ditusuk- tusuk, pada bagian *humerus sinistra* dan tidak menyebar, skla 6 dan waktu nyeri hilang timbul dengan ¹ tanda- tanda vital TD:110/70mmhg, N:88x/mnt, S:36,8, RR:20x/mnt, klien juga mendapat keluhan berupa gangguan mobilitas fisik berupa tangan sebelah kiri tidak bisa digerakan disertai meringgis saat bergerak karna proses luka post-op yang dialami.

Fraktur merupakan penyebab tingginya angka kecatatan diseluruh dunia. Salah satunya *fraktur humerus*, sering terjadi karena cedera. *Fraktur* dapat mengakibatkan terjadinya keterbatasan gerak, terutama di daerah sendi yang *fraktur* dan sendi yang ada di daerah sekitarnya, karena keterbatasan gerak tersebut mengakibatkan terjadinya keterbatasan lingkup gerak sendi dan gangguan pada fleksibilitas sendi (Munzirin, 2020). Gejala klasik *fraktur* ⁴ adalah adanya riwayat trauma, rasa nyeri dan bengkak di bagian tulang yang patah, deformitas, gangguan fungsi muskuloskeletal, sehingga memungkinkan terjadinya hubungan antara fragmen tulang yang patah dengan udara luar yang disebabkan oleh cedera dari trauma langsung yang mengenai lengan atas (Ardi & St, 2022).

Peneliti berpendapat bahwa hambatan utama dalam proses pemulihan, khususnya pada ke-mampuan mobilisasi klien karena proses terhadap penyakit fraktur post op yang dialami klien sehingga nyeri yang tidak terkontrol akan memengaruhi motivasi pasien untuk bergerak, sehingga dapat memperburuk risiko komplikasi seperti kekakuan sendi,

atrofi otot, hingga penurunan kualitas hidup. Pengelolaan nyeri yang efektif melalui teknik farmakologis maupun nonfarmakologis sangat penting agar pasien lebih termotivasi untuk melakukan mobilisasi dini.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien berdasarkan analisa data dari hasil pengkajian dan hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami klien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan gangguan mobilitas fisik dibuktikan dengan data subyektif minor Tn. M mengatakan nyeri pada tangan sebelah kiri yang di tandai dengan data mayor obyektif TD:110/80, RR: 20x/mnt dan tampak meringgis saat mengerjakan ekstremitas.

Nyeri akut adalah nyeri yang muncul secara tiba-tiba dan biasanya memiliki durasi yang relatif singkat, meskipun intensitasnya bisa sangat tinggi. Ini seringkali merupakan respons terhadap cedera, infeksi, atau kondisi medis mendasar yang merusak jaringan tubuh, seperti luka, dan *fraktur*. Sedangkan gangguan mobilitas fisik suatu kondisi yang ditandai dengan keterbatasan dalam melakukan aktivitas, kesulitan untuk memposisikan tubuh, penurunan aktivitas, penurunan kemampuan motorik, keterbatasan rentang gerak sendi, serta tremor yang diinduksi oleh pergerakan. (Khafifa Nur Pratiwi, 2024)

Menurut penulis mengangkat diagnosa ini didukung oleh data yang di dapatkan pada pasien yaitu : keluhan nyeri hebat pada area pundak sebelah kiri menjalar sampai tangan, adanya pembengkakan pada tangan kiri, serta keterbatasan gerak yang signifikan. Selain itu, tanda vital

menunjukkan peningkatan denyut nadi (87x/menit) dan tekanan darah (110/70 mmHg), yang dapat menjadi respon fisiologis tubuh terhadap nyeri akut.. Sedangkan diagnosa gangguan mobilitas fisik ini didukung oleh data yang di dapatkan pada pasien yaitu : ketidakmampuan menggerakkan tangan kanan secara optimal, kelemahan otot pada ekstremitas atas, dan keluhan nyeri yang dirasakan saat mencoba melakukan pergerakan menyebabkan pasien tidak mampu mempertahankan posisi tubuh secara mandiri, serta harus bergantung pada bantuan saat beraktivitas.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien adalah manajemen nyeri akut dengan menekankan pada poin terapeutik mengajarkan teknik non farmakologis yaitu pemberian teknik napas dalam untuk mengatasi masalah nyeri akut yang di alami klien.. Langkah yang dilakukan meliputi identifikasi nyeri, mencakup lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas, serta penilaian skala nyeri menggunakan metode PQRST (Anwar, 2022). Selain itu, dilakukan edukasi mengenai ROM pada gangguan mobilitas fisik pasien agar memahami dan mampu mengelolanya dan mempraktikanya secara mandiri dengan keluarga, serta pemberian analgetik dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter dan farmasi

Intervensi mobilitas bertujuan membantu pasien melakukan pergerakan pada ekstremitas dan meningkatkan kekuatan otot. Langkah yang dilakukan meliputi identifikasi nyeri, pengkajian tanda

vital, melibatkan keluarga, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, serta mengajarkan mobilisasi sederhana sesuai kondisi pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2021). Teknik nonfarmakologis seperti teknik relaksasi napas dalam merupakan metode pernapasan lambat dan dalam yang membantu mengurangi stress, kecemasan, dan nyeri dengan cara menghirup udara perlahan melalui hidung, menahanya sejenak, lalu menghembuskanya perlahan melalui mulut (Tika et al., 2024).

Menurut peneliti intervensi keperawatan yang diberikan pada klien sudah sesuai dengan teori yaitu manajemen nyeri akut diberikan pada klien dengan menekankan pada point terapeutik mengajarkan teknik non farmakologis berupa teknik napas dalam kolaborasi pemberian analgetik memastikan nyeri dapat dikontrol dengan efektif. Dengan kombinasi tersebut, pasien memiliki peluang lebih besar untuk berpartisipasi dalam mobilisasi dini, di mana penurunan kekuatan otot dan nyeri menjadi hambatan utama untuk bergerak sehingga proses pemulihan dapat berlangsung optimal dan risiko komplikasi dapat diminimalkan serta tujuan mobilisasi juga bermanfaat agar pasien dan keluarga memahami pentingnya latihan dini serta cara melakukannya dengan aman.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Penerapan implementasi keperawatan selama 3x24jam yang dilakukan pada klien sudah sesuai dengan apa yang ada pada intervensi yaitu manajemen nyeri dengan menekankan pada point terapeutik

mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi masalah nyeri akut yang dirasakan oleh klien karna didapatkan data klien mengatakan nyeri berkurang setelah dilakukan teknik non farmakologis sehingga implementasi tertuju pada teknik nafas dalam yang menunjukkan adanya perbaikan setelah di lakukan implementasi keperawatan pada klien. Sedangkan pada implementasi gangguan mobilitas fisik klien mengerti dan mau melatih ROM sesuai yang sudah diajarkan dan keluarga mau untuk diedukasi terkait Teknik ROM secara mandiri yang bisa membuat kondisi klien bisa membaik.

Hasil implementasi dengan diagnosa nyeri akut dengan perubahan ini sesuai dengan definisi SDKI (PPNI, 2022) yang menyebutkan bahwa masalah nyeri akut terjadi karena keluhan pasien yang mengalami *fraktur humerus sinistra*, sehingga menekankan Implementasi keperawatan berupa teknik non farmakologis yaitu teknik napas dalam yang mampu membantu mengurangi masalah tersebut. Pelaksanaan mobilisasi secara bertahap dengan dukungan keluarga membantu meningkatkan motivasi pasien, seperti pada kasus ini di mana pasien bersemangat melakukan latihan *range of motion* (ROM) Fitria Anawar dalam (Anwar, 2022).

Menurut peneliti teori tersebut implementasi pada klien sudah sesuai dengan hasil dari pemeriksaan klien. Implementasi teknik non farmakologis menggunakan teknik napas dalam dilaksanakan setiap merasakan nyeri saat bergerak, Teknik non farmakologis efektif dapat mengurangi rasa nyeri yang di alami klien. Edukasi juga penting agar pasien memahami penyebab nyeri dan cara mengatasinya, sehingga

lebih siap menghadapi rasa nyeri yang muncul dengan kombinasi terapi non-obat dan obat, pasien memiliki peluang lebih besar untuk mengontrol nyeri, memulihkan mobilitas dengan latihan *range of motion* (ROM) yang diajarkan secara bertahap membantu pasien beradaptasi dengan kondisi pasca operasi tanpa membebani area yang masih dalam proses penyembuhan.

4.2.4 Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan pengkajian, hasil tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari berurutan untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik diperoleh evaluasi keperawatan yang disesuaikan dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI tidak dapat teratasi sesuai indikator yang sudah ditentukan dan hanya teratasi sebagian. Klien mengatakan nyeri mulai berkurang dan kondisi klien sudah memperlihatkan kemajuan. Pada evaluasi keperawatan gangguan mobilisasi selama 3x24 jam dengan metode SOAP Pada hari pertama klien masih belum memenuhi kriteria hasil hal ini dikarenakan klien belum mengalami perubahan atau masalah belum teratasi, hari kedua klien mengatakan sedikit bisa bergerak, hari ketiga terdapat kemajuan pada klien masalah teratasi sebagian.

Menurut (Muttaqin, 2021), Evaluasi setelah teknik napas dalam pada pasien *fraktur humerus* meliputi penurunan skala nyeri, perbaikan tanda- tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi), penurunan ekspresi nyeri seperti meringis, serta peningkatan perasaan nyaman pasien secara keseluruhan. Teknik ini terbukti dapat merangsang pelepasan

endorphin alami tubuh yang menghambat transmisi impuls nyeri, sehingga meningkatkan efektivitas penanganan nyeri.

Menurut peneliti bahwa setelah dilakukannya intervensi dan implementasi keperawatan selama 3 hari sesuai dengan SOAP, maka hasil evaluasi pada Tn.M Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik. Sedangkan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan hasil evaluasi pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat.



BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian pada Tn.M yang menderita *fraktur humerus* didapatkan keluhan yaitu merasa nyeri pada luka *post op* dengan kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, pada bagian *humerus sinistra* dan tidak menyebar, skala 6 dan waktu nyeri hilang timbul.
2. Diagnosa keperawatan prioritas utama dari data pengkajian klien adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan gangguan mobilitas fisik dengan pengkajian keluhan utama nyeri pada luka *post-op humerus sinistra* yang menyebabkan pasien sulit bergerak.
3. Intervensi yang dilakukan pada Tn.M diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yaitu: (1) identifikasi lokasi, (2) karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, (3) identifikasi skala nyeri, (4) berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, (5) ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri serta melatih ROM.
4. Implementasi Tn.M dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yang dilakukan yaitu, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis dengan cara teknik nafas dalam.
5. Hasil evaluasi Tn.M dengan diagnosa nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik di peroleh hasil dalam waktu tiga hari tidak dapat teratasi sesuai indikator yang sudah di tentukan dan hanya teratasi Sebagian. klien

mengatakan nyeri mulai berkurang dan kondisi klien sudah memperlihatkan kemajuan terhadap rentang gerak ekstremitas atas.

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

Diharapkan perawat untuk memberikan edukasi kepada pasien tentang diabetes melitus agar pasien mengetahui apa saja larangan mengonsumsi makanan dan menjaga pola makan agar pasien hidup sehat untuk kedepannya.

3. Bagi peneliti lainnya

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

DAFTAR PUSTAKA

- Ardi, Y. G., & St, S. (2022). *Kombinasi Diafragma Breathing dengan Stability Exercise Pada Kasus*. 59.
- Crisp, J., Douglas, C., Rebeiro, G., & Waters, D. (2020). *Potter & perry's fundamentals of nursing ANZ edition-eBook*. Elsevier Health Sciences.
- Endah Estria Nurhayati, Herniyatun, Safrudin ANS. 2011. Pengaruh Teknik Distraksi Relaksasi Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Di PKU Muhammadiyah Gombong. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*. Volume 7, No. 1, Februari 2011.
- Karladani AH, Granhed H, K  rholm J, Styf J. The influ-ence 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.
- Khafifa Nur Pratiwi, D. (2024). Intervensi Breathing Exercise Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Oksigenasi Pada Klien Efusi Pleura. *Alauddin Scientific Journal of Nursing*, 5(1), 1–7. <https://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/asjn/article/view/41250>
- Munzirin, R. M. (2020). Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Keterbatasan Lingkup Gerak Sendi Bahu Akibat Post Orif Fraktur Shaft Humerus Dextra (Management of Physiotherapy on Range of Motion Limitation due to Post Orif Fracture of Shaft Humerus Dextra). *Urnal Kajian Ilmiah Kesehatan Dan Teknologi*, 1(1), 45–51.
- Muttaqin, A. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Salemba Medika.
- Sari, N. K. D. D., & Asmara, A. A. G. Y. (2020). Gambaran prevalensi fraktur humerus di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah, Bali, Indonesia periode tahun 2015-2016. *Intisari Sains Medis*, 11(1), 194–197. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i1.533>
- Setyorini, W. (2019). Pengaruh ROM (Range Of Motion) Terhadap Fleksibilitas Gerak Sendi Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Atas Effectiveness Of ROM (Range Of Motion) On Motion Flexibility On Patient With Post Operative Top Extremitary Fracture. *Repository.Itspku.Ac.Id*, 2(2), 0–5.
- Taroenadibrata, R. G. (2021). *Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Ny . J dengan Carcinoma Mammar di Ruang Edelweis di RSUD dr .* 1105–1112.
- Tata, H., Setyawati, T., Sampe, J., Bulango, S., Dokter, P. P., Kedokteran, F., Tadulako-palu, U., Bedah, D. I., Undata, R. S., Tengah, S., Kedokteran, F., Tadulako-palu, U., Biokomia, D., Kedokteran, F., Tadulako-palu, U., Saraf, D., Undata, R. S., Tengah, S., Anesthesiologi, D., ... Tengah, S. (2024). *Fraktur humerus dextra 1/3 medial tertutup closed fraktur humerus dextra 1/3 medial*. 6(3), 230–235.

- Tika. (2024). *Peran usg thorax dalam mengungkap efusi pleura : kasus dan inovasi Stevany Nurifin*. 3(1), 19–23.
- Triastuti, Reni. 2021. "Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Close Fraktur Humerus Sinistra Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RS Ortopedi Prof. DR. R. Soeharso Surakarta". Publikasi ilmiah. Surakarta : Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Vernanda, R. M. (2023). Asuhan keperawatan pasien close fraktur humerus sinistra 1/3 prox pre op orif di ruang h1 rspal dr. Ramelan surabaya. (*doctoral dissertation, stikes hang tuah surabaya*).
- Widiasih, A., & Afn, A. C. N. (2021). Asuhan keperawatan pasien fraktur dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman nyeri. *Fakultas Ilmu Kesehatan*, 47(4), 124–134. <https://doi.org/10.31857/s013116462104007>.
- Wilkinson, Judith M., Ahern, Nancy R. 2019. Buku Saku Diagnosis Keperawatan, Edisi 9 (SDKI SLKI SIKI, 2013). Jakarta : EGC.
- Yeni Koto. 2023. Efektifitas Penurunan Intensitas Nyeri Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tehnik Relaksasi Nafas Dalam. *Jurnal Keperawatan Ilmu Indonesia*. Vol. 5 No. 4. Desember 2019.



ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN POST-OP FRAKTUR HUMERUS DIRUANG YUDISTIRA RSUD JOMBANG

ORIGINALITY REPORT

17 %	14 %	4 %	9 %
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	7 %
2	Submitted to Universitas Muslim Indonesia Student Paper	2 %
3	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	2 %
4	repository.stikeshangtuh-sby.ac.id Internet Source	2 %
5	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	1 %
6	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1 %
7	jurnal.akperdharmawacana.ac.id Internet Source	<1 %
8	jurnal.healthsains.co.id Internet Source	<1 %
9	repository.unej.ac.id Internet Source	<1 %
10	docplayer.info Internet Source	<1 %
11	repositori.ubs-ppni.ac.id:8080 Internet Source	<1 %
12	samoke2012.wordpress.com Internet Source	<1 %

13	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	<1 %
14	Submitted to stipram Student Paper	<1 %
15	pdfcoffee.com Internet Source	<1 %
16	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur III Student Paper	<1 %
17	Submitted to LL DIKTI IX Turnitin Consortium Part III Student Paper	<1 %
18	Submitted to Universitas Muhammadiyah Sukabumi Student Paper	<1 %
19	pdfs.semanticscholar.org Internet Source	<1 %
20	repository.uds.ac.id Internet Source	<1 %
21	stikespanakkukang.ac.id Internet Source	<1 %
22	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	<1 %
23	vdokumen.com Internet Source	<1 %
24	Muhammad Fikri Indra, Masfuri Masfuri, Sri Yona. "Faktor Mobilisasi Dini, Obesitas dan Usia Tua Sebagai Prediktor Lama Rawat Inap Pasien Fraktur Femur Pasca Bedah", Journal of Telenursing (JOTING), 2024 Publication	<1 %

25

Internet Source

<1%

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On