

## Implementasi Teori Konsep Ida Jean Orlando Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Humerus

**Fenny Maryani**

Mahasiswa Magister Universitas Muhammadiyah Jakarta

Email: [fenny.fauzan@gmail.com](mailto:fenny.fauzan@gmail.com)

**Irna Nursanti**

Dosen Pembimbing Universitas Muhammadiyah Jakarta

Email: [irnanursanti@umj.ac.id](mailto:irnanursanti@umj.ac.id)

Jl. Cemp. Putih Tengah No.27, RT.11/RW.5, Cemp. Putih Tim., Kec. Cemp. Putih, Kota Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10510

**Abstract.** *Background: Fractures can occur in all bones, one of which is a humerus fracture. Humerus fracture is a fracture of the longest and largest bone of the superior extremity caused by direct or indirect impact or trauma. Ida Jean Orlando, is a first generation Irish-American who was born on August 12, 1926 in New Jersey. Ida Jean Orlando's concept model is known as The Discipline and Teaching of Nursing Process: An Evaluative Study". Ida Jean Orlando first published her theory in "The Dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles of Professional Nursing Practice" (1961) and published her second book entitled; "The Discipline and Teaching of Nursing Process: An Evaluative Study" (1972). Orlando made several important contributions to nursing theory and practice. The concept of the nursing process that he provides includes several criteria, including providing a relationship concept that is described systematically regarding phenomena in the field of nursing, specifying the relationship between nursing concepts, explaining what happens during the nursing process and why it happens, describing how nursing phenomena can be controlled and explains how to control to predict the outcome of the nursing process. Objective: This research aims to implement nursing care for Humerus Fracture patients using the Ida Jean Orlando concept model approach. Research methodology: This research uses a Case Study, namely providing nursing care to patients with Humerus Fractures. Results: The results of this research are to improve nurse-patient interactions, a better understanding of relationship dynamics in the nursing process, and their impact on overall patient outcomes. Conclusion: The conclusion of this research is that the application of nursing care to Humerus Fracture patients using the Ida Jean Orlando concept model approach can make a positive contribution to nurse-patient interactions and overall patient outcomes.*

**Keywords:** Case Study, Ida Jean Orlando, Humerus Fracture

**Abstrak.** Latar Belakang: Fraktur dapat terjadi pada seluruh tulang, salah satunya adalah fraktur humerus. Fraktur Humerus adalah fraktur pada tulang terpanjang dan terbesar dari ekstremitas superior yang disebabkan oleh benturan atau trauma langsung maupun tidak langsung. Ida Jean Orlando pada 12 Agustus 1926 di New. Konsep model Ida Jean Orlando dikenal dengan The Discipline and Teaching of Nursing Process : An Evaluative Study". Ida Jean Orlando pertama kali mempublikasikan teorinya dalam "The Dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principle of Professional Nursing Practice" (1961) dan buku keduanya yang berjudul; "The Discipline and Teaching of Nursing Process : An Evaluative Study" (1972). Orlando memberikan beberapa kontribusi penting dalam teori dan praktek keperawatan. Konsep mengenai proses keperawatan yang ia berikan meliputi beberapa kriteria antara lain memberikan konsep hubungan yang digambarkan secara sistematis mengenai fenomena bidang keperawatan, menspesifikasikan hubungan antar konsep keperawatan, menjelaskan apa yang terjadi selama proses keperawatan dan mengapa hal itu terjadi, mendeskripsikan bagaimana fenomena keperawatan dapat dikontrol dan menjelaskan bagaimana mengontrol guna memprediksikan hasil dari proses keperawatan. Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengimplementasikan asuhan keperawatan pada pasien Fraktur Humerus dengan menggunakan pendekatan model konsep Ida Jean Orlando. Metodologi Penelitian: Penelitian ini menggunakan Case Study yaitu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Fraktur Humerus. Hasil: Hasil dari penelitian ini adalah dapat meningkatkan interaksi perawat-pasien, pemahaman yang lebih baik tentang dinamika hubungan dalam proses keperawatan, dan dampaknya terhadap hasil keseluruhan pasien. Kesimpulan: Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa penerapan asuhan keperawatan pada pasien Fraktur Humerus dengan menggunakan pendekatan model konsep Ida Jean Orlando dapat memberikan kontribusi positif terhadap interaksi perawat-pasien dan hasil keseluruhan pasien.

**Kata kunci:** Case Study, Fraktur Humerus, Ida Jean Orlando

## **PENDAHULUAN**

Ida Jean Orlando, lahir pada tanggal 12 Agustus 1926 di New Jersey. Pada tahun 1947, menerima diploma keperawatan dari Sekolah Keperawatan Rumah Sakit Flower Fifth Avenue di New York. 1951, menerima gelar Bachelor of Science di bidang keperawatan kesehatan masyarakat dari Universitas St. John di Brooklyn, New York. 1954, Orlando menamatkan M.A Program Konsultasi Kesehatan Mental di Teachers College, Columbia University. Dan meraih gelar Master of Arts nya. Ida Jean Orlando pensiun dari keperawatan pada tahun 1992. Setelah memperoleh pendidikan tinggi, meneliti lebih dari 2.000 interaksi perawat-pasien, dan menghasilkan teori yang mengubah keperawatan, dia diakui sebagai “Legenda Hidup Keperawatan” oleh Asosiasi Perawat Terdaftar Massachusetts. Ida Jean Orlando meninggal pada 28 November 2007 pada usia 81 tahun.

Karir Ida Jean Orlando di mulai 1954 - 1961 professor dan Direktur Program pasca sarjana Kesehatan mental dan Keperawatan Psikiatri di Universitas Yale . Pada tahun 1962 – 1972 menjabat sebagai konsultan perawat klinis di RS Mc Lean Belmont, Massachusetts. 1972 – 1984 bertugas di dewan Harvard Community Health Plan di Boston, Massachusetts. 1984 - 1987 memegang posisi administratif di Metropolitan State Hospital di Waltham, Massachusetts.

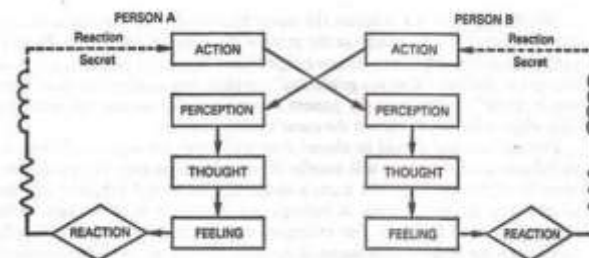
Pada 1961 Orlando menerbitkan bukunya yang terkenal, "The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process, and Principles". Proyek ini memfokuskan pada mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi integritas prinsip kesehatan mental untuk kurikulum dasar pendidikan keperawatan. Pada 1972 orlando menerbitkan buku keduanya yang berjudul “ The Discipline and Teaching of Nursing Process : An Evaluative Study”. Orlando memberikan beberapa kontribusi penting dalam teori dan praktek keperawatan. Konsep mengenai proses keperawatan yang ia berikan meliputi beberapa kriteria antara lain: memberikan konsep hubungan yang digambarkan secara sistematis mengenai fenomena bidang keperawatan, menspesifikasikan hubungan antar konsep keperawatan, menjelaskan apa yang terjadi selama proses keperawatan dan mengapa hal itu terjadi, mendeskripsikan bagaimana fenomena keperawatan dapat dikontrol dan menjelaskan bagaimana mengontrol guna memprediksikan hasil dari proses keperawatan. Teori keperawatan Orlando menekankan ada hubungan timbal balik antara pasien dan perawat, apa yang mereka katakan dan kerjakan akan saling mempengaruhi.

## KAJIAN TEORITIS

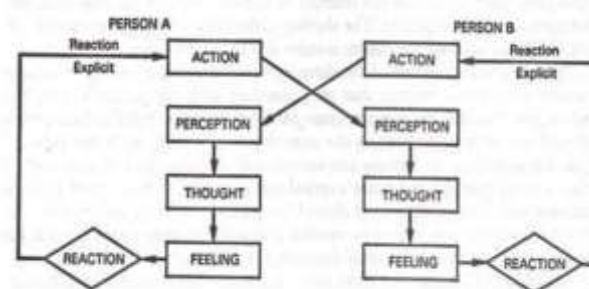
Menurut Orlando, keperawatan bersifat unik dan independent karena berhubungan langsung dengan kebutuhan pasien yang harus dibantu, nyata atau potensial serta pada situasi langsung. Teori Orlando berfokus pada pasien sebagai individu, artinya masing - masing orang berada pada situasi yang berbeda. Orlando mendefinisikan kebutuhan sebagai permintaan/kebutuhan pasien dimana bila disuplai, dikurangi, atau menurunkan distress secara langsung atau bahkan meningkatkan perasaan tercukupi/wellbeing.

Teori keperawatan Orlando menekankan ada hubungan timbal balik antara pasien dan perawat, apa yang mereka katakan dan kerjakan akan saling mempengaruhi. Perawat sebagai orang pertama yang mengidentifikasi dan menekankan elemen-elemen pada proses keperawatan serta hal-hal kritis penting dari partisipasi pasien dalam proses keperawatan. Orlando menggambarkan model teorinya dengan lima konsep utama yaitu fungsi perawat profesional, mengenal perilaku pasien, respon internal atau kesegeraan, disiplin proses keperawatan serta kemajuan.

Disiplin proses keperawatan dalam *nursing procces theory* dikenal dengan sebutan *proses disiplin* atau *proses keperawatan*. Disiplin proses keperawatan meliputi komunikasi perawat kepada pasiennya yang sifatnya segera, mengidentifikasi permasalahan klien yang disampaikan kepada perawat, menanyakan untuk validasi atau perbaikan. (Tomey, 2006 hlm 434).



Proses tindakan dalam berfungsi kontak orang - ke - orang secara rahasia. Persepsi , pikiran, dan perasaan masing-masing individu tidak langsung ada persepsi individu lain melalui tindakan yang dapat diamati .



Proses tindakan dalam kontak orang-ke-orang yang berfungsi secara rahasia. Persepsi, pikiran, dan perasaan masing-masing individu tidak secara langsung tersedia untuk persepsi individu lain melalui tindakan yang dapat diamati.

Proses Keperawatan Deliberatif Ida Jean Orlando memiliki lima tahap, yaitu: pengkajian,diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Lima tahap ini yang biasa digunakan perawat saat ini dalam melakukan proses asuhan keperawatan: Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi, Evaluasi

Disiplin proses keperawatan didasarkan pada ”proses bagaimana seseorang bertindak”. Tujuan dari proses disiplin ketika digunakan antara perawat dan pasien adalah untuk membantu pemenuhan kebutuhan pasien. Peningkatan perilaku pasien merupakan indikasi dari pemenuhan kebutuhan sebagai hasil yang diharapkan di mulai dari (1) Perilaku Pasien, (2) Reaksi Perawat dimana perilaku pasien menjadi stimulus bagi perawat , reaksi ini terdiri dari 3 bagian yaitu pertama perawat merasakan melalui indranya, kedua yaitu perawat berfikir secara otomatis, Persepsi, berfikir, dan merasakan terjadi secara otomatis dan hampir simultan. Oleh karena itu perawat harus belajar mengidentifikasi setiap bagian dari reaksinya. Disiplin proses keperawatan menentukan bagaimana perawat membagi reaksinya dengan pasien. Perawat harus memastikan keberhasilannya dalam mengeksplor dan bereaksi dengan pasien, dengan cara menemuinya dan konsisten terhadap apa yang dikatakannya dan mengatakan perilaku nonverbalnya pada pasien, mengkomunikasikannya dengan jelas terhadap apa yang akan diekspresikannya lalu menanyakan kembali kepada pasien langsung untuk perbaikan atau klarifikasi. (3) Tindakan Perawat di mana setelah mevalidasi dan memperbaiki reaksi perawat terhadap perilaku pasien, perawat dapat melengkapi proses disiplin dengan tindakan keperawatan secara tindakan otomatis dan tindakan terencana. (4) Fungsi profesional dimana tindakan yang tidak profesional dapat menghambat perawat dalam menyelesaikan fungsi profesionalnya, dan dapat menyebabkan tidak adekuatnya perawatan pasien. Perawat harus tetap menyadari bahwa aktivitas termasuk profesional jika aktivitas tersebut direncanakan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan pasien.

## **METODE PENELITIAN**

Desain Penelitian ini adalah studi kasus dimana mengambil satu pasien untuk melakukan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekan model konsep Ida Jean Orlando. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien yang di rawat di Rumah Sakit Husada dengan diagnosa Faktur Humerus. Pada penelitian ini peneliti hanya mengambil satu sampel pasien yang sudah menandatangani surat persetujuan sebagai responden. Pengumpulan data menggunakan instrumen yang dibuat sendiri oleh peneliti. Instrument berupa lembaran asuhan keperawatan medical bedah dan dilakukan pada bulan Desember 2023 di Rumah Sakit

Husada. Hasil analisa data yang di temukan setelah peneliti melakukan pengkajian adalah pasien mengalami masalah nyeri akut dan gangguan mobilisasi fisik

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Tn T usia 45 tahun dengan diagnosa Fraktur Humerus dextra terbuka di ruang IGD RSH. Masuk ke RSH tanggal 20 Oktober 2023 jam 23.00. Terdapat luka-luka di daerah Humerus dan muka pasien. Keluhan secara verbal pasien mengeluh nyeri di daerah kaki kanan dan tidak bisa digerakkan. Hasil pemeriksaan secara non verbal di dapatkan data, kesadaran komposmentis, tekanan darah 140/76 mmHg, Nadi 35 kali/menit, respirasi rate 24 kali/menit. Tampak lemah dan meringis kesakitan. Reaksi pupil terhadap cahaya (+/+). pupil isokor, konjungtiva anemis, GCS 13 (E 4 V 5 M 4) kekuatan otot di daerah fraktur 3. Hasil Rontgen Humerus tampak Fraktur. Perawat mempersepsikan pasien mengeluh nyeri dan meringis lalu secara otomatis perawat berfikir masalah yang muncul pada Tn. T adalah nyeri, perasaan Tn.T sangat tidak nyaman dan sulit mengerjakan kakinya dengan kondisi tersebut sehingga reaksi segera dari perawat dengan kolaborasi pemberian analgetik dan mengajarkan pasien untuk tarik nafas dalam saat nyeri muncul dan harus segera di jadwalkan nuntuk operasi cito pemasangan Pen. Pada pukul 23.30 WIB perawat menemui pasien dan memvalidasi kembali keluhan yang dirasakan oleh pasien baik keluhan verbal maupun nonverbal dan melihat kembali ekspresi pasien. Pada pukul 02.30 WIB pasien cito operasi pemasangan Pen. Selama menjalani perawatan di rumah sakit interaksi antara perawat dan pasien selalu terjalin dengan baik dan tidak ada hambatan yang berarti. Setiap perawat selesai melakukan tindakan keperawatan hasil evaluasinya selalu di sampaikan kepada Tn.T. Sehingga pada hari ke5 perawatan pasien sudah diperbolehkan untuk pulang dikarenakan hasil evaluasi keperawatan yang di dapatkan telah sesuai dengan tujuan yang di harapkan yaitu pasien Tn.T nyeri nya menurun dan dapat menggerakan sedikit kaki yang fraktur.

Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori Proses KeperawatanOrlando

### **1. Fase Reaksi Perawat**

Berdasarkan pengkajian prilaku pasien Tn T maka perawat harus segera bereaksi terhadap perilaku pasien baik secara verbal maupun non verbal, Perawat mempersepsikan pasien mengeluh nyeri dan meringis lalu secara otomatis perawat berfikir masalah yang muncul pada Tn. T adalah nyeri dan perawat merasakan Tn.T sangat tidak nyaman dan sulit menggerakan kakinya dengan kondisi tersebut, lalu perawat melakukan validasi, dengan mempersepsikan, berfikir dan merasakan, maka dalam hal ini keberhasilan perawat dalam mengeksplorasi dan berinteraksi dengan pasien:

- a. Perawat dalam berinteraksi dengan pasien bertemu secara langsung dan konsisten terhadap apa yang dikatakannya dan mengatakan perilaku non verbal kepada pasien yaitu kesadaran kompos mentis, tekanan darah 140/76 mmHg, Nadi 35 kali/menit, respirasi rate 24 kali/menit. Tampak lemah dan meringis ke sakitan. Reaksi pupil terhadap cahaya (+/+). pupil isokor, konjungtivaanemis, GCS 13 (E 4 V 5 M 4) dan kekuatan otot derah fraktur 3.
- b. Berdasarkan hasil interaksi baik verbal maupun nonverbal jadi perawat harus mengkomunikasikan dan melihat ekpresi pasien kembali sebelum menentukandiagnosa keperawatan dan tindakan apa yang harus diberikan kepada pasien. Sehingga diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan yang muncul pada Tn.T yaitu sebagai berikut :
  - a) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera (D.0077)
  - b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)
- c. Setelah perawat menyampaikan masalah keperawatan yang muncul di pasien Tn.T. perawat menanyakan kembali kepada Tn.T tentang keluhan lain yang di rasakan untuk perbaikan atau klarifikasi kembali masalah keperawatan yang muncul. Pada tahap ini perawat dan pasien sepakat bahwa diagnosa/ masalah yang muncul pada pasien Tn.T ada dua yaitu nyeri dan gangguan mobilitas fisik. Sehingga perawat dapat melakukan tindakan selanjutnya yaitu merencanakan tindakan perawat.

## **2. Fase Nursing Action/ Tindakan Perawat**

Fase perencanaan pada proses keperawatan, sesuai dengan fase nursing action pada disiplin proses keperawatan mencakup sharing reaction (analisa data), diagnosa keperawatan, perencanaan dan tindakan keperawatan atau implementasi. Tujuannya reaction yang identik dengan analisa data, sehingga dapat ditentukan diagnosa keperawatan.

### **a. Diagnosa keperawatan SDKI**

Diagnosa keperawatan difokuskan terhadap masalah ketidak mampuan pasien untuk memenuhi kebutuhannya sehingga perlu pertolongan perawat. Dari data yang didapatkan pada kasus Tn T ditemukan masalah :

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera (D.0077)
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)

## b. Rencana Keperawatan

Setelah masalah keperawatan pasien ditentukan disusun rencana keperawatan, fokus perencanaan pada pasien Tn T, yaitu Rencana Tn Tsendiri, dengan merumuskan tujuan yang saling menguntungkan baik pasien maupun perawat sehingga terjadi mampu menolong dirinya untuk mengatasi rasa nyeri, mampu melakukan pemenuhan aktivitas tanpa arus memberatkan aktivitasnya

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri Akut berhubungan dengan agenpencedera (D.0077)	SLKI Tingkat nyeri menurun (L.08066) Kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringismenurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi 7. membaik	SDKI 1.Manajemen Nyeri <b>Otomatis:</b> • Kolaborasi pemberiananalgesik, jika perlu <b>Terencana :</b> <b>Observasi</b> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri nonverbal, faktor yangmemperberat dan memperingan nyeri, pengetahuan dankeyakinan tentang nyeri, pengaruh budayaterhadap respon nyeri, pengaruh nyeripada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapikomplementer yang sudah Diberikan, efek sampingpenggunaan analgetic
		<b>Terapeutik</b> • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) • Fasilitasi melakukanpergerakan, jika perlu <b>Edukasi</b> • Jelaskan tujuan dan prosedurmobilisasi • Anjurkan melakukan mobilisasi dini • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

c. Implementasi

Implementasi pada pasien berfokus pada efektifitas tindakan untuk menanggulangi yang sifatnya mendesak, terdiri dari tindakan-tindakan otomatis seperti melaksanakan tindakan pengobatan atas instruksi medis dan tindakan terencana yang dianggap sebagai peran perawat professional sesungguhnya

Diagnosa Keperawatan	Implementasi
<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera (D.0077)</p>	<p>1. Manajemen Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Otomatis:</b> Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> <li>• <b>Terencana :</b></li> </ul> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri nonverbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, pengaruh budaya terhadap respon nyeri, pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>• Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, efek samping penggunaan analgetic</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>• Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>• Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>• Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, strategi meredakannya</li> <li>• Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri, menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>• Mengajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p>2. Pemberian analgesik</p>



	<p><b>a. Otomatis:</b> Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p> <p><b>b. Terencana</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi karakteristik nyeri (mis: pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi), riwayat alergi obat, kesesuaian jenis analgesik (mis: narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</li> <li>• Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik, efektifitas analgesic</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendiskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</li> <li>• Mempertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum</li> <li>• Menetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien</li> <li>• Mendokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b> Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik Berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)</p>	<p>1. Dukungan Ambulasi</p> <p><b>a. Otomatis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menghindari pasien untuk melakukan</li> <li>• Mengaktifkan pada bagian yang fraktur</li> <li>• Operasi Cito pemasangan Pen</li> </ul> <p><b>b. Terencana</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, toleransi fisik</li> <li>• Melakukan ambulasi</li> <li>• Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk), melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> </ul>

	<p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li><li>• Menganjurkan melakukan ambulasi dini</li><li>• Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi berjalan sesuai toleransi)</li></ul> <p>2. Dukungan Mobilisasi</p> <p><b>a. Otomatis</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menghindari pasien untuk melakukan aktivitas pada bagian yang fraktur</li><li>• Mengobservasi tanda-tanda vital sebelum, selama dan sesudah melakukan aktivitas.</li><li>• Operasi Cito pemasangan Pen</li></ul> <p><b>b. Terencana</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, toleransi fisik melakukan pergerakan</li><li>• Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi dan kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li></ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) dan melakukan pergerakan, jika perlu</li></ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li><li>• Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</li><li>• Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li></ul>
--	--

c. Evaluasi

Tindakan yang diberikan kepada pasien adalah tindakan yang profesional. Tindakan otomatis yang diberikan kepada pasien adalah dengan dilakukan operasi cito pemasangan pen. Selama memberikan tindakan kepada pasien perawat melakukan evaluasi untuk mengetahui apakah tindakan yang diberikan telah sesuai dengan tujuan pemenuhan kebutuhan pasien, selama pasien menjalani perawatan. Tindakan yang diberikan oleh perawat selalu di evaluasi

dan diberitahukan secara langsung kepada pasien Evaluasi asuhan keperawatan pada difokuskan terhadap perubahan perilaku terhadap kemampuan menolong dirinya untuk mengatasi ketidak mampuannya. Adapun hasil yang diharapkan adalah:

1. Nyeri dari meningkat menjadi cukup menurun atau tidak ada, ditandai dengan pasien mengatakan nyeri berkurang atau tidak ada, pasien rileks. Tanda tanda vital dalam batas normal.
2. Pasien mampu melakukan aktivitas sehari - hari : selama dan setelah melakukan Aktivitas. Pasien mampu melakukan aktivitas sendiri dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari : makan, personal higiene dan eliminasi

Dengan melihat aplikasi disiplin proses keperawatan pada kasus Tn A yang mengalami gangguan Fraktur Humerus Dextra Terbuka penulis mencoba untuk membahas pelaksanaan aplikasi teori tersebut dengan proses keperawatan. Pada kedua proses tersebut, pada bagian tertentu secara keseluruhan sama. Misalnya keduanya merupakan hubungan interpersonal dan membutuhkan interaksi antara pasien dan perawat. Pasien sebagai input dalam keseluruhan proses. Kedua proses menggambarkan pasien sebagai total person. Tidak selalu tentang penyakit atau bagian tubuh. Kedua proses juga menggunakan metode tindakan keperawatan dan mengevaluasi tindakan tersebut.

1. Pengkajian pada proses keperawatan sesuai dengan berbagi pada reaksi perawat dengan perilaku pasien dalam disiplin proses keperawatan orlando. Perilaku pasien mengawali pengkajian. Apa faktor pencetusnya. Dan faktor resiko terhadap terjadinya gangguan kesehatan. Sedangkan perilaku non verbal yang perlu diketahui oleh perawat adalah tanda-tanda dari gangguan fungsi tubuh sebagai respon pasien terhadap tidak terpenuhinya kebutuhan yang membutuhkan pertolongan perawat, seperti perubahan tanda-tanda vital, rasa nyeri yang hebat dan tidak dapat beraktivitas seperti semula.
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian prilaku pasien Tn T baik secara verbal maupun non verbal dan penilaian klinis perawat tentang masalah kesehatan yang dialami pasien. Diagnosa kemudian dapat dikomfirmasikan menggunakan tautan ke definisi karakteristik, fakto terkait dan faktor risiko yang ditemukan dalam pengkajian pasien. Sehingga diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan yang muncul pada Tn.T yaitu sebagai berikut :
  - a) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera (D.0077)
  - b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)

1. Perencanaan pada proses keperawatan, sesuai dengan fase nursing action pada disiplin proses keperawatan. Tujuannya adalah selalu mengurangi akan kebutuhan pasien terhadap bantuan. Tujuannya berhubungan dengan peningkatan perilaku pasien. Tujuan yang dirumuskan pada teori Orlando menurut penulis masih terlalu umum yaitu fokuskan pada perubahan perilaku dalam menolong untuk memenuhi kebutuhan dirinya sehingga kemungkinan keberhasilannya sulit untuk diukur terutama terhadap masalah yang hanya diketahui oleh perawat tetapi tidak disadari oleh pasien. Seperti pada contoh kasus Tn A yaitu masalah Fraktur Humerus Dextra yang menyebabkan pasien tidak dapat beraktivitas seperti sedia kala.
2. Implementasi meliputi seleksi akhir dan pelaksanaan dari tindakan keperawatan dan ini juga merupakan bagian dari fase tindakan keperawatan pada proses disiplin Orlando. Kedua proses memerintahkan bahwa tindakan harus sesuai bagi pasien sebagai individu yang unik. Pada Teori Orlando tindakan keperawatan ada dua macam yaitu tindakan otomatis yang sifatnya segera dan terencana. Keduanya tindakan tersebut lebih diarahkan terhadap penanggulangan masalah keperawatan yang bersifat segera dan mengancam kehidupan pasien dan kurang memperhatikan tindakan-tindakan yang bersifat promotif atau preventif yang sebenarnya tindakan preventif seperti : berhati-hati dalam perjalanan agar tidak terjadi kecelakaan yang mengancam nyawa
3. Evaluasi, pada fase tindakan proses disiplin merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan. Tindakan- tindakan yang terencana, setelah tindakan lengkap dilaksanakan, perawat harus mengevaluasi keberhasilannya. Evaluasi pada teori Orlando sudah cukup baik, yang mana evaluasi selalu dilakukan setelah setiap tindakan keperawatan dilakukan secara lengkap.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

### **Kesimpulan**

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien Fraktur Humerus dengan menggunakan pendekatan model konsep Ida Jean Orlando dapat memberikan kontribusi positif terhadap interaksi perawat-pasien dan hasil keseluruhan pasien sehingga dapat menjadi landasan yang kuat dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik dan berfokus pada kebutuhan pasien.

## Saran

Diharapkan kita dapat lebih lanjut memperkuat praktek keperawatan dan memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien, khususnya pada kasus fraktur humerus, dengan memanfaatkan konsep yang diperkenalkan oleh Ida Jean Orlando

## DAFTAR REFERENSI

Doengoes, M. E. (2002). *Nursing care plane: Guidelines for planning & documenting patient care, 3<sup>rd</sup> edition*, FA. Davis.

George. (1995). *Nursing Theories (The Base for Profesional Nursing Practice)*, FourthEdition. USA: Appleton & Lange.

Hidayat AA. (2004). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Nursalam. (2001). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta:Salemba

PPNI (2000) Standar Praktik Keperawatan. Jakarta : PPNI.

Tomey Ann Marriner, Alligood M.R.(2006). *Nursing Theorists and Their work*. 6Ed. USA : Mosby Inc.<http://www.sandiego.edu/acamics/nursing/theory/Orlando>

SDKI, (2018). Standar diagnosis keperawatan indonesia, definisi dan indikator diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

SLKI, (2018). Standar luaran keperawatan indonesia, definisi dan kriteria hasil keperawatan,Edisi 1, jakarta: DPP PPNI

SIKI, (2018). Standar intervensi keperawatan indonesia, definisi dan tindakan keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI