**Disusun oleh:**

**Ns. Dayan Hisni, S.Kep., M.N.S**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGNA FRAKTUR**

1. **Definisi**

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa (Mansjoer, 2000 dalam Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012 : 15).

Fraktur didefinisikan sebagai suatu kerusakan morfologi pada kontinuitas tulang atau bagian tulang, seperti lempeng epifisisatau kartilago (Chang, 2010 : 371).

Fraktur tertutup adalah bila tidak ada hubungan patah tulang dengan dunia luar. Fraktur terbuka adalah fragmen tulang meluas melewati otot dan kulit, dimana potensial untuk terjadi infeksi (De Jong, 2010).

1. **Etiologi**

Pada umumnya fraktur disebabkan oleh trauma atau aktivitas fisik dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang. Fraktur dapat disebabkan oleh keadaan patologis selain dari faktor traumatik. Fraktur pada tulang lemah yang disebabkan oleh trauma minimal disebut dengan fraktur patologis. Penyebab tersering fraktur patologis pada femur proksimal adalah osteoporosis. Fraktur lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan umur dibawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga atau luka, selain itu juga dapat disebabkan oleh kecelakan motor,

kecelakaan mobil, kecelakaan kerja atau pun jatuh dari ketinggian.

Penyebab fraktur adalah trauma, yang dibagi atas trauma langsung, trauma tidak langsung, dan trauma ringan.Trauma langsung yaitu benturan pada tulang, biasanya penderita terjatuh dengan posisi miring dimana daerah trokhater mayor langsung terbentur dengan benda keras (jalanan). Trauma tak langsung yaitu titik tumpuan benturan dan fraktur berjauhan, misalnya jatuh terpeleset di kamar mandi. Trauma ringan yaitu keadaan yang dapat menyebabkan fraktur bila tulang itu sendiri sudah rapuh atau underlying deasesatau fraktur patologis (Sjamsuhidayat dan Wim de Jong, 2010).

1. **Patofisiologi**

Ketika terjadi fraktur pada sebuah tulang, maka periosteum serta pembuluh darah di dalam korteks, sumsum tulang, dan jaringan lunak di sekitarnya akan mengalami disrupsi. Hematoma akan terbentuk di antara kedua ujung patahan tulang serta di bawah periosteum, dan akhirnya jaringan granulasi menggantikan hematoma tersebut.

Kerusakan jaringan tulangan memicu respons inflamasi intensif yang menyebabkan sel-sel dari jaringan lunak di sekitarnya serta rongga sumsum tulang akan menginvasi daerah fraktur dan aliran darah ke seluruh tulang akan mengalami peningkatan. Sel-sel osteoblast di dalamperiosteum, endosteum dan sumsum tulang akan memproduksi osteoid (tulang mudadan jaringan kolagen yangbelum mengalami klasifikasi, yang juga disebut *kalus*). Osteoid ini akan mengeras di sepanjang permukaan luarkorpus tulang dan pada keduaujung patahan tulang.sel-sel osteoklast mereabsorpsi material dari tulang yang terbentuk sebelumnya dan sel-selosteoblast membangun kembali tulang tersebut. Kemudian osteoblast mengadakan transformasi menjadi osteosit (sel-sel tulang yang mantur).

1. **Pathway**
2. **Klasifikasi**

Menurut Black dan Matasarin, fraktur dibagi berdasarkan dengan kontak dunia luar, yaitu meliput fraktur tertutup dan terbuka. Fraktur tertutup adalah fraktur tanpa adanya komplikasi, kulit masih utuh, tulang tidak keluar melalui kulit. Fraktur terbuka adalah fraktur yang merusak jaringan kulit, karena adanya hubungan dengan lingkungan luar, maka fraktur terbuka sangat berpotensi menjadi infeksi. Fraktur terbuka dibagi lagi menjadi tiga grade, yaitu Grade I, II, dan III. Grade I adalah robekan kulit dengan kerusakan kulit dan otot. Grade II seperti grade 1 dengan memar kulit dan otot. Grade III luka sebesar 6-8 cm dengan kerusakan pembuluh darah, syaraf, kulit dan otot.

Salah satu sisttem yang sudah terkenal dengan baik untuk klasifikasi fraktur menggunakan gabungan istilah yang menyatakan klasifikasi umum, posisi fragmen, dan garis fraktur, sepertisimpleks, nondislokata, dan oblik untuk mendeskripsikan fraktur.

* 1. Klasifikasi umum fraktur
1. Simpleks (tertutup) : Fragmen tulang tidak menembus

Kulit

1. Compound (terbuka) : Fragmen tulang menembus kulit
2. Inkopletas (persial) : Kontinuitas tulang belum terputus

seluruhnya

1. Kompleta (total) : Kontinuitas tulang sudah terputus

Seluruhnya

1. Klasifikasi berdasarkan posisi fragmen
2. Kominutiva (*communited*, remuk) : Tulang pecah menjadi sejumlah potongan kecil-kecil
3. Impakta (*impacted*) : Salah satu fragmen fraktur terdorong masuk ke dalam fragmenyang lain
4. Angulata (*angulated*, bersudut) : Kedua fragmen fraktur berada pada posisi yang membentuk sudut terhadap yang lain
5. Dislokata (*displaced*) : Fragmen fraktur saling terpisah dan menimbulkan deformitas
6. Nondislokata (*nondisplaced*) : Kedua potongan tulang tetap mempertahankan kelurusan (alignment) tulang yang pada dasarnya masih normal
7. Overriding : Fragmen fraktur saling menumpuk sehingga keseluruhan panjang tulang memendek.
8. Segmenttal : Fraktur terjadi pada dua daerah yang berdekatan dengan segmen sentral yang terpisah
9. Avulsi (avulsed) : Fragmen fraktur tertarik dari posisi normal karena kontraksi otot atau resistensi ligamen
10. Klasifikasi berdasarkan garis fraktur
11. Linier : Garis fraktur berjalan sejajar dengan sumbu tulang
12. Longitudinal : Garis fraktur membentang dalam arah longitudinal (tetapi tidak sejajar) di sepanjang sumbu tulang
13. Oblik : Garis fraktur menyilang tulang opada sudut sekitar 45° terhadap sumbu tulang
14. Spiral : Garis fraktur menyilang tulang pada sudut yang oblik sehingga menciptakan pola spiral
15. Transversal : Garis fraktur membentuk sudut tegak lurus terhadap sumbu tulang
16. **Manifestasi klinis**

Tanda dan gejala klinis fraktur dapat mencangkup :

1. Deformitas akibat kehilangan kelurusan (alignment) yang alami
2. Pembengkakan akibat vasodilatasi dan infiltrasi leukosit serta sel-sel mast
3. Spasme otot
4. Nyeri tekan
5. Kerusakan sensibilitas di seblah distal lokasi fraktur akibat unsur-unsur neurovaskuler terjepit atau tertekanoleh trauma atau fragmen tulang
6. Kisaran gerak atau fragmen terbatas
7. Krepitas atau bunyi “berderik”ketika bagian fraktur digerakkan, bunyi ini disebabkan oleh gesekan fragmen tulang
8. **Komplikasi**

Komplikasi fraktur yang mungkin terjadi meliputi :

1. Deformitas dan fungsi permanen jika tulang yang fraktur tidak bisa sembuh (nonunion) atau mengalami kesembuhan yang tidak sempurna (malunion)
2. Nekrosis aseptik (bukan disebabkan oleh infeksi) pada segmen tulang akibat gangguan sirkulasi
3. Syok hipovolemik akibat kerusakan pembuluh darah (khususnya pada fraktur femur)
4. Kontraktur otot
5. Sindrom kompartemen (lihat *mengenali sindrom kompartemen*)
6. Batu ginjal akibat dekalsifikasi yang disebabkan oleh imobilisasi yang lama
7. Emboli lemak akibat disrupsi sumsum tulang atau aktivitas sistem saraf simpatik pascatrauma (yang dapat menimbulkan distres pernapasan atau sistem saraf pusat).
8. **Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan radiologis X-Ray posisi AP dan lateral dari regio antebrachii sangat diperlukan dengan menampakkan secara jelas elbow joint dan wrist joint. Pemeriksaan posisi oblique dapat membantu lebih jauh dalam mendiagnosis. Untuk mendiagnosis dislokasi caput radii yang agak samar kita perlu mengetahui terlebih dahulu bagaimana gambaran radiologis normal dari os radius. Pada keadaan normal seharusnya garis khayal yang ditarik dari caput radii dan shaft harus selalu sejajar dengan capitellum. Pada posisi supinasi lateral, garis khayal tangensial terhadap caput radii anterior dan posterior harus menempel pada capitellum.

Laboratorium :

Pada fraktur test laboratorium yang perlu diketahui : Hb, hematokrit sering rendah akibat perdarahan, laju endap darah (LED) meningkat bila kerusakan jaringan lunak sangat luas. Pada masa penyembuhan Ca dan P mengikat di dalam darah.

1. **Penatalaksanaan**

Kunci utama penanganan pada kasus ini adalah mengembalikan panjang os ulna yang mengalami fraktur. Hanya dengan memastikan hal tersebut maka reduksi sempurna dari caput radii dapat tercapai. Pada orang dewasa, hal ini dapat dilakukan melalui tindakan operatif menggunakan *posterior approach*.

Fraktur dari ulna harus direduksi seakurat mungkin dengan mengembalikan panjangnya ke ukuran semula, baru setelah itu difiksasi dengan plate dan screw. Caput radii biasanya akan tereduksi ketika os ulna telah dikoreksi. Stabilitas harus dinilai dengan pergerakan fleksi dan ekstensi maksimal. Jika caput radii tidak tereduksi atau tidak stabil maka reduksi terbuka harus dilakukan.

Jika siku telah stabil sempurna, maka pasien dapat melakukan gerakan fleksi dan ekstensi segera setelah operasi. Jika ada hambatan dalam melakukan gerakan tersebut, maka harus dilakukan immobilisasi menggunakan plester pada siku dalam kondisi fleksi selama 6 minggu.

Untuk fraktur lengan atau tungkai, tindakan kedaruratan terdiri atas :

1. Pembidaian anggota gerak di atas dan di bawah bagian yang dicurigai mengalami fraktur, pembidaian ini bertujuan untuk imobilisasi
2. Kompres dingin untuk mengurangi rasa nyeri dan edema
3. Elevasi anggota gerak tersebut untuk mengurangi rasa nyeri dan edema

Kewaspadaan klinis akronomi RICE dapat membantu kita meningkat penanganan fraktur dalam 24 jam pertama :

**R** : Rest (istirahat)

**I** : Ice (kompres dengan es

**C** : Compression (kompresi; pemasangan pembalut tekan)

**E** : Elevasi ( meninggikanbagian fraktur)

 Penanganan fraktur berat yang menyebabkan kehilangan darah meliputi :

1. Penekanan langsung untuk mengendalikan pendarahan
2. Penggantian cairan dengan memasang infus secepat mungkin untuk mencegah ataumengatasi syok hipovolemik.
	1. Farmakologi
3. Anestesi lokal (seperti lidokain [Xylocaine])
4. Obat analgetik (seperti penyuntikan morfin IM)
5. Obat relaksi otot (seperti diazepam[Valium] IV) atau sedatif (seperti midazolam [versed] untuk memudahkan peregangan otot yang diperlukan untuk meluruskantulang yang patah.
6. Terapi profilaksis tetanus
7. Terapi profilaksis antibiotik
	1. Non farmakologi
8. Pembedahan untuk memperbaiki kerusakan jaringan lunak
9. Imobilitas fraktur dengan bantuan paku, plat atau skrup dan pemasangan gips
10. Pembersihan atau debridmen luka secara cermat
11. Fisiologi sesudah gips dilepas untuk memulihkan mobilitas anggota gerak

Jikalau pemasangan bidai atau gips tidak berhasil mempertahankan reposisi maka kita dapat melakukan imobilisasi yang memerlukan traksi kulit atau skeletal dengan menggunakan serangkaian beban kontrol. Tindakan ini dapat meliputi :

1. Pemasangan pembalut elastis dan tutup kulit domba untuk memasang alat traksi pada kulit pasien (traksi kulit)
2. Pemasangan pen atau kawat pada ujung tulang di sebelah distalfraktur yang kemudiandisambung dengan beban untuk memungkinkan traksi dalam waktu lama (traksi skeletal).
3. **Prognosis**

Prognosis pada kasus fraktur, prognosisnya tergantung dari tingkat keparahan serta tata laksana dari tim medis terhadap klien dengan korban fraktur . jika penanganannyacepat, maka prognosisnya akan lebih baik. Begitu juga sebaliknya.sedangkan dari tingkat keparahan, jika fraktur yang di alami ringan, maka proses penyembuhan akan berlangsung dengan cepat. Tetapi jikalau pada kasus yang berat maka prognosisnya juga akan buruk. Bahkan jikalau parah, tindakan yang dapat diambil adalah cacat fisik hingga amputasi. Selain itu penderita dengan usia yang lebih muda akan lebih bagus prognosisnya di banding dengan usia lanjut.

**ASUHAN KEPERAWATAN**

1. **Riwayat penyakit**
2. Riwayat penyakit sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur itu sendiri, yang nantinya akan membantu dalam pembuatan rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan bisa diketahui luka kecelakaan atau yang lainnya.

1. Riwayat penyakit Dahulu

Pada pengkajiaan ini dapat ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk beberapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit- penyakit tertentu seperti kanker tulang dan penyakit paget’s yang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka di kaki sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang.

1. Riwayat penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik.

1. **Pemeriksaan fokus**
	1. Aktivitas atau istirahat

Tanda : Keterbatasan atau kehilangan fungsi pada bagian yang mengalami operasi.

* 1. Sirkulasi

Tanda : Hipertensi (kadang-kadang terlihat sebagai respon terhadap nyeri) atau hipotensi (respon kehilangan darah), tarchicardia (respon stress, hipovolemia), pembengkakan jaringan atau massa hematoma pada sisi cidera atau operasi.

* 1. Neurosensori

Gejala : penurunan atau hilang gerakan atau sensosi, spasme otot.

Tanda : Spasme otot, terlihat kelemahan atau hilang fungsi agitasi (mungkin berhubungan dengan nyeri atau ansietas)

* 1. Nyeri atau kenyamanan

Gejala : nyeri berat, sedang atau ringan setelah dilakukan tindakan operasi. Mungkin terlokalisasipada area jaringan atau penyambungan tulang. Dapat berkurang pada imobilisasi. Spasme otot atau kram( setelah imobilisasi)

* 1. Keamanan

Tanda : Laserasi kulit, insisi jaringan, pendarahan, perubahan warna, pembengkakan lokal (dapat meningkatkan secara bertahap atau tiba-tiba).

1. **11 fungsi gordon**
2. Pola persepsi

Pengkajian ini meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengkonsumsian alkohol yang bisa mengganggu keseimbangan tubuh klien dan kebiasaan berolahraga (apakah klien rajin berolahraga atau tidak).

1. Pola nutrisi dan metabolisme

Pada klien fraktur harus mengkonsumsi makanan atau nutrisi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien yang bisa membantu menentukan penyebab dari masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutriai 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 dapat menghambat degenerasi dan mobilitas klien.

1. Pola eliminasi

Pada kasus fraktur tidak terjadi gangguan pada pola eliminasi, tetapi walaupun begitu perlu adanya juga mengkaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau faces pada pola eliminasi ini. Sedangkan pada pola eliminasi urine dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau dan jumlah. Pada kedua pola ini harus mengkaji apakah klien mengalami kesulitan dalam pola eliminasi atau tidak.

1. Pola istirahat dan tidur

Semua klien yang mengalami fraktur pasti mengalami rasa nyeri, keterbatasan dalam aktivitas dan gerak. Sehingga hal ini dapat mengganggu pola kebutuhan istirahat dan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan untuk mengetahui lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur yang memenuhi dosis atau tidak.

1. Pola aktivitas

Karena adanya rasa nyeri, ketrbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadu berkurang dan kebutuhan klien pun perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal ini yang perlu untuk dikaji adalah bentuk aktivitas klien terutama pada pekerjaan klien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan yang beresiko untuk terjadinya fraktur.

1. Pola hubungan dan peran

Klien akan merasa kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Oleh karena itu klien harus menjalani rawat inap atau juga bisa dengan rawat jalan (terapi).

1. Pola persepsi dan konsep diri

Pada klien fraktur akan mengalami dampak yaitu tumbul ketidakuatan akan kecacatan akibat frakturnya. Rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan di pandang terhadap dirinya yang salah.

1. Pola sensorik dan kognitif

Pada klien fraktur daya rabanya akan berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedangkan pada indera yang lain tidak mengalami gangguan. Begitu pula pada kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu juga, timbul rasa nyeri akibat fraktur.

1. Pola reproduksi seksual

Klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang di rasakan oleh klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termaksud jumlah anak, dan lamanya perkawinan.

1. Pola penanggulangan stress

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

1. Pola keyakinan

Untuk klien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak klien

1. **Pemeriksaan fisik**

Pemeriksaan fisik dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu pemeriksaan umum (status generelisata) untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (lokalis). Hal ini perlu untuk dapat melaksanakan total care karena ada kecenderungan dimana spesialisasi hanya memperlihatkan daerah yang lebih sempit tetap lebih mendalam.

* + - 1. Gambaran Umum

Perlu menyebutkan:

1. Keadaan umum: baik atau buruknya yang dicata adalah tanda-tanda, seperti:
	1. Kesadaran penderita: apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan klien.
	2. Kesakitan, keadaan penyakit: akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus fraktur biasanya akut.
	3. Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.
2. Secara sistemik dari kepala sampai kelamin
	1. Sistem Integumen

Terdapat erytema, suhu sekitar daerah trauma meningkat, bengkak, oedema, nyeri tekan.

* 1. Kepala

Tidak ada gangguan yaitu, normo cephalik, simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.

* 1. Leher

Tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, reflek menelan ada.

* 1. Muka

Wajah terlihat menahan sakit, lain-lain tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk. Tak ada lesi, simetris, tak oedema.

* 1. Mata

Tidak ada gangguan seperti konjungtiva tidak anemis (karena tidak terjadi perdarahan)

* 1. Telinga

Tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal. Tidak ada lesi atau nyeri tekan.

* 1. Hidung

Tidak ada deformitas, tak ada pernafasan cuping hidung.

* 1. Mulut dan Faring

Tak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

* 1. Thoraks

Tak ada pergerakan otot intercostae, gerakan dada simetris.

* 1. Paru
1. Inspeksi

Pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.

1. Palpasi

Pergerakan sama atau simetris, fermitus raba sama.

1. Perkusi

Suara ketok sonor, tak ada erdup atau suara tambahan lainnya.

1. Auskultasi

Suara nafas normal, tak ada wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.

* 1. Jantung
1. Inspeksi

Tidak tampak iktus jantung.

1. Palpasi

Nadi meningkat, iktus tidak teraba.

1. Auskultasi

Suara S1 dan S2 tunggal, tak ada mur-mur.

* 1. Abdomen
1. Inspeksi

Bentuk datar, simetris, tidak ada hernia.

1. Palpasi

Tugor baik, tidak ada defands muskuler, hepar tidak teraba.

1. Perkusi

Suara thympani, ada pantulan gelombang cairan.

1. Auskultasi

Peristaltik usus normal ± 20 kali/menit.

* 1. Inguinal-Genetalia-Anus

Tak ada hernia, tak ada pembesaran lymphe, tak ada kesulitan BAB.

* + - 1. Keadaan Lokal

Harus diperhitungkan keadaan proksimal serta bagian distal terutama mengenai status neurovaskuler (untuk status neurovaskuler \_ 5 P yaitu Pain, Palor, Parestesia, Pulse, Pergerakan). Pemeriksaan pada sistem muskuloskeletal adalah:

1. Look (inspeksi)

Perhatikan apa yang dapat dilihat antara lain:

* 1. Cicatriks (jaringan parut baik yang alami maupun buatan seperti bekas operasi).
	2. Cape au lait spot (birth mark).
	3. Fistulae.
	4. Warna kemerahan atau kebiruan (livide) atau hyperpigmentasi.
	5. Benjolan, pembengkakan, atau cekungan dengan hal-hal yang tidak biasa (abnormal).
	6. Posisi dan bentuk dari ekstrimitas (deformitas)
	7. Posisi jalan (gait, waktu masuk ke kamar periksa)
1. Feel (palpasi)

Pada waktu akan palpasi, terlebih dahulu posisi penderita diperbaiki mulai dari posisi netral (posisi anatomi). Pada dasarnya ini merupakan pemeriksaan yang memberikan informasi dua arah, baik pemeriksa maupun klien. Yang perlu dicatat adalah:

* 1. Perubahan suhu disekitar trauma (hangat) dan kelembaban kulit. Capillary refill time \_ Normal 3– 5 “
	2. Apabila ada pembengkakan, apakah terdapat fluktuasi atau oedema terutama disekitar persendian.
	3. Nyeri tekan (tenderness), krepitasi, catat letak kelainan (1/3 proksimal, tengah, atau distal).

Otot: tonus pada waktu relaksasi atau konttraksi, benjolan yang terdapat di permukaan atau melekat pada tulang. Selain itu juga diperiksa status neurovaskuler. Apabila ada benjolan, maka sifat benjolan perlu dideskripsikan permukaannya, konsistensinya, pergerakan terhadap dasar atau permukaannya, nyeri atau tidak, dan ukurannya.

1. Move (pergerakan terutama lingkup gerak)

Setelah melakukan pemeriksaan feel, kemudian diteruskan dengan menggerakan ekstrimitas dan dicatat apakah terdapat keluhan nyeri pada pergerakan. Pencatatan lingkup gerak ini perlu, agar dapat mengevaluasi keadaan sebelum dan sesudahnya. Gerakan sendi dicatat dengan ukuran derajat, dari tiap arah pergerakan mulai dari titik 0 (posisi netral) atau dalam ukuran metrik. Pemeriksaan ini menentukan apakah ada gangguan gerak (mobilitas) atau tidak. Pergerakan yang dilihat adalah gerakan aktif dan pasif.

1. **Diagnosa Keperawatan**
2. Gangguan Rasa nyaman berhubungan dengan sumber daya yang tidak adekuat
3. Nyeri akut yang berhubungan dengan agens cidera fisik (fraktur)
4. Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
5. Gangguan citra tubuh yang berhubungan dengan cidera fisik (fraktur)
6. **Nursing Care Plan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. Dx  | Tujuan  | Intervensi  | Implementasi  |
| 1. | Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam, diharapkan masalah rasa aman nyaman klien kembali normal dan efektif dengan kreteria hasil sebagai berikut :1. Tingkat kecemasan klien dapat teratasi
2. Tingkat nyeri berkurang
3. Istirahat tidur klien kembali efektif.
 | * Kaji lingkungan yang aman bagi pasien
* Kaji kebutuhan klien berdasarkan fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku di masa lalu
* Ciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung
 | * Mengkaji lingkungan yang aman bagi pasien
* Mengkaji kebutuhan klien berdasarkan fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku di masa lalu
* Menciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung.
 |
| 2. | Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam, diharapkan masalah nyeri akut klien kembali normal dan efektif dengan kreteria hasil sebagai berikut :1. Status kenyamanan Fisik klien dapat teratasi
2. Nyeri fraktur yang mengganggu dapat teratasi sebagian
3. Gangguan pola tidur klien dapat teratasi
 | * Gali bersama klien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri
* Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan
* Dorong klien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat.
 | * Menggali bersama klien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri
* Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan
* Mendorong klien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat.
 |
| 3. | Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam, diharapkan masalah mobilitas fisik klien kembali normal dan efektif dengan kreteria hasil sebagai berikut :1. Klien dapat mengatur keseimbangan tubuhnya
2. Meningkatkan kemampuan berpindah atau berjalan akibat fraktur
3. Koordinasi pergerakan
 | * Dapatkan persetujuan medis untuk memulai program latihan kekuatan, jika di perlukan
* Beri informasi mengenai jenis latihan daya tahan otot yang bisa dilakukan
* Bantu mengembangkan program latihan kekuatan yang sesuai dengan tingkat kebugaran otot, hambatan muskuloskeletal, tujuan kesehatan fungsional, sumber peralatan kesehatan, kecenderungan pribadi dan dukungan sosial.
 | * Mendapatkan persetujuan medis untuk memulai program latihan kekuatan, jika di perlukan
* Memberi informasi mengenai jenis latihan daya tahan otot yang bisa dilakukan
* Membantu mengembangkan program latihan kekuatan yang sesuai dengan tingkat kebugaran otot, hambatan muskuloskeletal, tujuan kesehatan fungsional, sumber peralatan kesehatan, kecenderungan pribadi dan dukungan sosial.
 |
| 4. | Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam, diharapkan masalah citra tubuh klien kembali normal dan efektif dengan kreteria hasil sebagai berikut :1. Klien dapat beradaptasi terhadap Disabilitas fisiknya
2. Dapat menjaga keseimbangan gaya hidupnya
3. Menahan kemarahan diri dari apa yang dialaminya.
 | * Berikan aktivitas pengganti yang bertujuan untuk mengurangi tekanan.
* Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
* Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan klien.
 | * Memberikan aktivitas pengganti yang bertujuan untuk mengurangi tekanan.
* Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
* Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan klien.
 |

**DAFTAR PUSTAKA**

Mediarti D., Rosnani, S. M., Seprianti. Pengaruh Pemberian Kompres Dingin Terhadap Nyeri Pada Pasien Fraktur Ekstermitas Tertutup di IGD RSMH Palembang Tahun 2012. 2015. *Jurnal kedokteran dan kesehatan*, *2*(3),253-260

Djamal R., S., Rompas, J., Bawotong. Pengaruh Terapi Musik Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Fraktur di Irina A RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. 2015. *E-Journal Keperawatan (eKp)*, *3*, 1-6

Sagaran V., S., M., Manjas, R., Rasyid. Distribusi Fraktur Femur Yang Dirawat di RS. Dr. M. Djamil. Padang (2010-2012). 2017. *Jurnal kesehatan Andalas,6*(3)

Asrizal R., A. Closed Fracture 1/3 Middle Femur Dextra. 2014. *Medula*, 2(3), 95

Kowala., Welsh., Mayer. 2013. *Buku ajar Patofisiologi*. Jakarta : EGC, 403-406

Alaydrus M., M. Fraktur Monteggia : Tantangan Klinis dalam Menghadapi Fraktur Dislokasi yang Sering Misdiagnosis. 2017. *Jurnal Kedokteran Umum, 6*(2), 25-28

Bresler, Michael J,. 2010. *Manual kedokteran Darurat*. Jakarta : EGC, *6,* 60

Dewi M., R., M., S., Irwan M., Yeti R. Karakteristik klinis Trauma Kepala Pada Anak di Rs. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.2010. *Sari Pediarti, 9*(5).

**Link Jurnal dan Buku Bacaan lainnya untuk Fraktur:**

Eiff, M. P., & Hatch, R. L. (2017). *Fracture Management for Primary Care Updated Edition E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Megale, R. Z., Pollack, A., Britt, H., Latimer, J., Naganathan, V., McLachlan, A. J., & Ferreira, M. L. (2018). Correction: Management of vertebral compression fracture in general practice: BEACH program. *PloS one*, *13*(2), e0193531.