

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Medis**

##### **1. Definisi**

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang ditentukan sesuai dengan jenis dan luasnya yang biasanya disebabkan oleh rudapaksa atau tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang dapat diserap oleh tulang (Apley dan Solomon, 2017).

Fraktur klavikula adalah putusnya hubungan tulang klavikula yang disebabkan oleh trauma langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputar atau tertarik keluar (*outrretched hand*), dimana trauma dilanjutkan dari pergelangan tangan sampai klavikula, trauma ini dapat menyebabkan fraktur klavikula (Apley dan Solomon, 2017).

##### **2. Tanda dan Gejala**

Menurut Helmi (2012), tanda dan gejala fraktur klavikula yaitu keluhan nyeri pada bahu depan, adanya riwayat trauma pada bahu atau jatuh dengan posisi tangan yang tidak optimal, dan penderita mengeluh kesulitan dalam menggerakkan bahu. Temuan pada pemeriksaan fisik lokalis yang biasa muncul adalah

- a. *Look* yaitu pada fase awal cedera klien terlihat mengendong lengan pada dada untuk mencegah pergerakan. Suatu benjolan besar atau deformitas pada bahu depan terlihat dibawah kulit dan kadang-kadang fragmen yang tajam mengancam kulit.

- b. *Feel* didapatkan adanya nyeri tekan pada bahu depan. Nyeri terjadi akibat adanya luka insisi operasi serta oedem di area fraktur menyebabkan tekanan pada jaringan interstitial sehingga akan menekan noiceptor dan menimbulkan nyeri.
- c. *Move* karena ketidakmampuan mengangkat bahu ke atas, keluar, dan kebelakang thoraks akibat oedem dan nyeri pada luka fraktur maupun luka insisi menyebabkan pasien sulit bergerak, sehingga akan menimbulkan gangguan atau penurunan lingkup gerak sendi.

## **2. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut (Huda dan Kusuma, 2015) pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut.:

- a. *X-ray* , bertujuan menentukan lokasi/ luasnya fraktur
- b. *Scan* tulang, bertujuan memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak
- c. *Anterogram*, bertujuan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler
- d. Hitung darah lengkap, ditandai hemokonsentrasi meningkat, menurun pada perdarahan, peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan
- e. Kreatinin, ditandai trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal
- f. Profil koagulasi, ditandai perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi atau cedera hati.

### 3. Penatalaksanaan

Menurut (Muttaqin, 2013), konsep dasar penatalaksanaan fraktur yaitu:

a) Fraktur terbuka

Kasus gawat darurat karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri disertai perdarahan yang hebat dalam waktu 6-8 jam (*golden period*). Perawat perlu melakukan tindakan agar bakteri belum terlalu jauh meresap, seperti: pembersihan luka, eksisi jaringan mati atau debridement, *hecting* situasi dan pemberian antibiotik.

b) Seluruh fraktur.

Rekognisi (Pengenalan). Riwayat kejadian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya. Tindakan yang dapat dilakukan sesuai dengan diagnosa medis antara lain:

1) Reduksi (Reposisi) terbuka dengan fiksasi interna (*Open Reduction and Internal Fixation/ORIF*).

Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimum. Pengertian lainnya reduksi fraktur (*setting tulang*) adalah mengembalikan fragmen tulang pada kesejajaran dan rotasi anatomis. *Open Reduction Interna Fixation (ORIF)* adalah fiksasi interna dengan pembedahan terbuka untuk mengistirahatkan fraktur dengan melakukan pembedahan untuk memasukkan paku, screw, pen kedalam tempat fraktur untuk menguatkan/mengikat bagian-bagian tulang yang fraktur secara bersamaan.

Indikasi dilakukan ORIF menurut Koval (2010) adalah sebagai berikut.

- a) Fraktur yang tidak dapat direduksi kecuali dengan operasi.
- b) Fraktur yang tidak stabil secara bawaan dan cenderung mengalami pergeseran kembali setelah reduksi, selain itu juga fraktur yang cenderung ditarik terpisah oleh kerja otot.
- c) Fraktur yang penyatuannya kurang sempurna dan perlahan-lahan terutama fraktur pada leher femur.
- d) Fraktur patologik dimana penyakit tulang dapat mencegah penyembuhan.
- e) Fraktur multiple, bila fiksasi dini mengurangi resiko komplikasi umum dan kegagalan organ pada bagian system.

Metode yang digunakan dalam melakukan fiksasi interna harus sesuai keadaan sekrup kompresi antar fragmen, plat dan sekrup: paling sesuai untuk lengan bawah, paku intra medulla: untuk tulang panjang yang lebih besar, paku pengikat sambungan dan sekrup: ideal untuk femur dan tibia, sekrup kompresi dinamis dan plat (Smeltzer dan Bare, 2013).

- 2) Reduksi tertutup dengan fiksasi eksterna (*Open Reduction and External Fixation/OREF*),

Tindakan untuk mengobati patah tulang terbuka yang melibatkan kerusakan jaringan lunak. Ekstremitas dipertahankan sementara dengan gips, bidai atau alat lain. Alat imobilisasi ini akan menjaga reduksi dan menstabilkan ekstremitas untuk penyembuhan tulang. Alat ini akan memberikan dukungan yang stabil bagi fraktur comminuted (hancur dan remuk) sementara jaringan lunak yang hancur dapat ditangani dengan aktif (Smeltzer dan Bare, 2013).

### 3) Retensi (Immobilisasi).

Upaya yang dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimal. Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang harus dimobilisasi, atau di pertahankan dalam posisi kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Immobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eksternal meliputi pembalutan, gips, bidai, traksi kontinu, pin, dan teknik gips, atau fiksator eksternal. Implant logam dapat digunakan untuk fiksasi internal yang berperan sebagai bidai interna untuk mengimobilisasi fraktur.

### 4) Rehabilitasi

Upaya menghindari atropi dan kontraktur dengan fisioterapi. Reduksi dan immobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Status neurovaskuler (misal: Pengkajian peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan) dipantau, dan ahli bedah orthopedi diberitahu segera bila ada tanda gangguan neurovaskuler. Kegelisahan ansietas dan ketidaknyamanan dikontrol dengan berbagai pendekatan (misalnya: menyakinkan, perubahan posisi, stageri peredaan nyeri, termasuk analgetik). Latihan isometric dan setting otot diusahakan untuk meminimalkan atrofi disuse dan meningkatkan peredaran darah. Partisipasi dalam aktivitas hidup sehari-hari diusahakan untuk memperbaiki kemandirian fungsi dan harga diri. Pengembalian bertahap pada aktivitas semula diusahakan sesuai batasan terapeutik.

## **B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik**

### **1. Pengertian**

Diagnosa hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016a).

### **2. Data Mayor dan Minor**

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016a) data mayor dan minor adalah sebagai berikut.

#### **a. Data Mayor**

Data mayor terdiri dari data subjektif dan objektif. Data subjektif terdiri dari pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Data objektif terdiri dari kekuatan otot menurun dan rentang gerak *range of motion* (ROM) menurun.

#### **b. Data Minor**

Data minor terdiri dari data subjektif dan objektif. Data subjektif terdiri dari nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan dan merasa cemas saat bergerak. Data objektif terdiri dari sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lemah.

### **3. Faktor Penyebab**

Faktor penyebab dari hambatan mobilitas fisik terdiri dari kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekuatan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks massa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi

tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan dan gangguan sensori persepsi ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

#### **4. Penatalaksanaan dari Diagnosa Keperawatan**

Penatalaksanaan dari diagnosa hambatan mobilitas fisik yaitu :

- a. Label : Dukungan Ambulasi (I.06171)
  - 1) Observasi
    - a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
    - b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
    - c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
    - d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
  - 2) Terapeutik
    - a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)
    - b) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, *jika perlu*
    - c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
  - 3) Edukasi
    - a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
    - b) Anjurkan melakukan ambulasi dini
    - c) Ajarkan ambulasi sederhana harus dilakukan (misal berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
- b. Label : Dukungan Mobilisasi (I.05173)
  - 1) Observasi
    - a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
  - c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
  - d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 2) Terapeutik
- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur)
  - b) Fasilitasi melakukan mobilisasi dini (ROM)
  - c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
  - b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
  - c) Ajarkan mobilisasi sederhana (misal duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Intervensi inovasi yang dilakukan yaitu *Range of Motion (ROM)*. *Range of Motion (ROM)* adalah rentang gerak adalah gerakan-gerakan sendi dalam kisaran maksimum dimana setiap sendi pada tubuh dapat melakukannya dalam kondisi normal.

Latihan ROM bertujuan yaitu memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi, mengurangi rasa nyeri, mengembalikan kemampuan klien menggerakkan otot melancarkan peredaran darah. Perawat perlu membantu kemandirian keluarga dalam membantu rehabilitasi awal pasca operasi berupa latihan ROM pasif sebagai upaya keluarga untuk meningkatkan kemampuan mengatasi masalah kesehatan keluarga dan berperan dalam meningkatkan kesehatan keluarga yang dapat digunakan oleh keluarga di rumah setelah pasien pulang dari rumah sakit. Gerakan *Range of Motion (ROM)* terdiri dari fleksi, yaitu



berkurangnya sudut persendian; ekstensi, yaitu bertambahnya sudut persendian; hiperekstensi, yaitu ekstensi lebih lanjut; abduksi, yaitu gerakan menjauhi dari garis tengah tubuh; adduksi, yaitu gerakan mendekati garis tengah tubuh; rotasi, yaitu gerakan memutar pusat dari tulang; eversi, yaitu perputaran bagian telapak kaki ke bagian luar, bergerak membentuk sudut persendian.

Inversi, yaitu putaran bagian telapak kaki ke bagian dalam bergerak membentuk sudut persendian; pronasi, yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke bawah; supinasi, yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke atas; oposisi, yaitu gerakan menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama (Smeltzer dan Bare, 2013).

Menurut Smeltzer dan Bare (2013) gerakan *Range of Motion* (ROM) pada ekstremitas atas terdiri dari :

- a. Bahu terdiri dari fleksi yaitu menaikkan lengan dari posisi di samping tubuh ke depan ke posisi diatas kepala, ekstensi yaitu mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh, hiperekstensi yaitu menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus, abduksi yaitu menaikkan lengan ke posisi samping diatas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala, adduksi yaitu menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin, rotasi dalam yaitu dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang, rotasi luar yaitu dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala, sirkumduksi yaitu menggerakkan lengan dengan gerakan penuh.

- b. Siku terdiri dari fleksi yaitu menekuk siku sehingga lengan bawah bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu, ekstensi yaitu meluruskan siku dengan menurunkan lengan.
- c. Lengan Bawah terdiri dari supinasi yaitu memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas, pronasi yaitu memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah
- d. Pergelangan Tangan terdiri dari fleksi yaitu menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah, ekstensi yaitu menggerakkan jari-jari sehingga jari-jari, tangan dan lengan bawah berada dalam arah yang sama, hiperekstensi yaitu membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin, abduksi : yaitu menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari, adduksi yaitu menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari.
- e. Jari-jari tangan terdiri dari fleksi yaitu membuat genggamannya, ekstensi yaitu meluruskan jari-jari tangan, hiperekstensi yaitu menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin, abduksi yaitu meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain, adduksi yaitu merapatkan kembali jari-jari tangan.
- f. Ibu jari terdiri dari oposisi yaitu menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.

*Range of Motion* (ROM) terbukti untuk meningkatkan dan menyelamatkan klien dari kecacatan pada anggota gerak yang mengalami fraktur hal ini sesuai dengan teori Lukman dan Ningsih (2009) yang menyatakan bahwa fraktur dapat menyebabkan kecacatan pada anggota gerak yang mengalami fraktur, maka pasien diharuskan segera dilakukan tindakan untuk menyelamatkan klien dari kecacatan fisik. Kecacatan fisik dapat dipulihkan secara bertahap melalui latihan rentang gerak yaitu dengan latihan *range of motion* (ROM).

### **C. Asuhan Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik**

#### **1. Pengkajian**

##### **a. Biodata**

Terdiri dari nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomor register, tanggal dan jam masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama : pasien mengeluh keterbatasan aktivitas gerak pada bahu kiri.

##### **c. Riwayat Penyakit Sekarang**

Perawat memperoleh data subjektif dari pasien mengenai masalah pasien dan bagaimana penanganan yang sudah dilakukan. Pasien yang dirawat di rumah sakit penting untuk ditanyakan apakah keluhan utama masih sama seperti pada saat masuk rumah sakit, kemudian tindakan yang sudah dilakukan terhadapnya (Muttaqin, 2013). Perawat perlu diketahui dari klien apakah pernah mengalami trauma yang kemungkinan trauma ini memberikan gangguan pada muskuloskeletal baik berupa kelainan maupun komplikasi-komplikasi lain yang dialami saat ini (Helmi, 2014).

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Perawat perlu menanyakan penyakit-penyakit yang dialami sebelumnya yang kemungkinan mempunyai hubungan dengan masalah yang dialami pasien 22 sekarang, seperti apakah klien pernah mengalami fraktur atau trauma sebelumnya, peningkatan kadar gula darah, atau tekanan darah tinggi. Riwayat operasi pasien perlu ditanyakan karena kemungkinan ada hubungannya dengan keluhan sekarang seperti operasi karsinoma prostat dan karsinoma mammae yang dapat memberikan metastasis ke tulang dengan segala komplikasinya (Helmi, 2016).

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Perawat perlu menanyakan kepada keluarga klien ada atau tidak yang menderita osteoporosis, arthritis dan tuberkulosis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular (Wicaksono dan Noer, 2013). Fraktur biasanya berhubungan dengan olahraga, pekerjaan, atau luka yang disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor (Mediarti, Rosnani dan Seprianti, 2015).

f. Pola Fungsional Gordon

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien biasanya merasa takut akan mengalami kecacatan pada dirinya. Pasien harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Perawat mengkaji kebiasaan hidup klien, seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengonsumsi alkohol yang dapat mengganggu keseimbangan klien, dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak (Muttaqin, 2013).

## 2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien tidak akan mengalami penurunan nafsu makan, meskipun menu berubah misalnya makan di rumah gizi tetap sama sedangkan di rumah sakit disesuaikan dengan penyakit dan diet pasien (Wicaksono dan Noer, 2013).

## 3) Pola Eliminasi

Pasien fraktur klavikula biasanya tidak ada gangguan pada pola eliminasi, namun perlu juga dikaji tentang frekuensi, warna, bau feses pada pola eliminasi.

Perawat mengkaji pola eliminasi urin mengkaji frekuensi, kepekatan, warna, bau, dan jumlahnya. adanya kesulitan atau tidak saat berkemih (Muttaqin, 2013). Kebiasaan miksi atau defekasi sehari-hari, kesulitan waktu defekasi dikarenakan imobilisasi sehingga menyebabkan gerak peristaltik usus menurun dan mengakibatkan keterlambatan dalam proses pencernaan sehingga terjadi BAB yang tidak teratur (Pranata, 2016).

## 4) Pola Aktivitas (istirahat)

Pasien mengalami keterbatasan atau kehilangan fungsi pada bagian yang fraktur. Perawat perlu mengkaji apakah pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri, dibantu atau sama sekali tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri. Gejalanya adalah pasien mengatakan lemas dan tampak lemah, serta pasien tidak dapat menolong diri sendiri. Tandanya adalah aktifitas dibantu sebagian atau penuh.

## 5) Pola Istirahat dan Tidur

Perawat perlu mengkaji bagaimana istirahat dan tidur pasien. Apakah ada kebiasaan saat tidur maupun kebiasaan pengantar tidur, adakah hal yang mengganggu saat akan tidur, apakah sering terbangun di malam hari dan berapa

jam tidur pasien setiap hari, lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, kesulitan tidur, dan penggunaan obat tidur. Gejalanya adalah pasien terlihat mengantuk, letih dan terdapat kantung mata dan pasien terlihat sering menguap (Muttaqin, 2013).

#### 6) Pola Persepsi dan Kognitif

Pasien fraktur merasa ketakutan dan kecacatan akibat fraktur yang dialaminya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah.

Daya raba pasien fraktur berkurang, terutama pada bagian distal fraktur, sedangkan indera yang lain dan kognitifnya tidak mengalami gangguan (Muttaqin, 2013).

#### 7) Pola Hubungan dengan Orang Lain

Perawat perlu mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan orang-orang disekitarnya, baik keluarga maupun tenaga kesehatan, apakah pasien sering menghindari pergaulan, penurunan harga diri. Tandanya lebih menyendiri, tertutup, komunikasi tidak jelas.

#### 8) Pola Reproduksi dan Seksual

Pasien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap, rasa nyeri yang dialami pasien dan keterbatasan gerak yang dialami pasien. Perawat perlu dikaji status perkawinannya (Muttaqin, 2013).

#### 9) Pola Persepsi Diri

Perawat mengkaji bagaimana pasien memandang dirinya sendiri, menanyakan bagian tubuh manakah yang sangat disukai dan tidak disukai oleh

pasien, apakah pasien mengalami gangguan citra diri dan mengalami tidak percaya diri dengan keadaannya saat ini.

#### 10) Pola Mekanisme Koping.

Perawat mengkaji emosional pasien apakah pasien marah-marah, cemas atau lainnya dan apa yang dilakukan pasien jika sedang stress. Pasien biasanya tidak dapat mengambil keputusan dengan tepat, mudah terpancing emosi. Mekanisme koping yang ditempuh klien bisa tidak efektif (Rosyidi, 2013).

#### 11) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Pasien fraktur tidak dapat beribadah dengan baik, terutama frekuensi dan konsentrasi dalam beribadah. Hal ini disebabkan oleh nyeri dan keterbatasan gerak yang dialami pasien (Muttaqin, 2013).

#### g. Pemeriksaan Fisik

##### 1) Keadaan Umum

Tanda-tanda yang perlu dicatat adalah kesadaran pasien (apatis, sopor, koma, gelisah, kompos mentis, yang bergantung pada keadaan pasien), kesakitan atau keadaan penyakit (akut, kronis, ringan, sedang, berat dan pada kasus fraktur tibia-fibula biasanya akut), tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan lokal baik fungsi maupun bentuk.

##### 2) B1 (*Breathing*)

Pasien fraktur tidak mengalami kelainan pernafasan. Pemeriksaan palpasi toraks, didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri. Pemeriksaan auskultasi, tidak ditemukan suara nafas tambahan (Muttaqin, 2013).

3) B2 (*Blood*)

Perawat melakukan pemeriksaan inspeksi : tidak ada *ictus cordis*, palpasi : nadi meningkat, *ictus cordis* teraba di ICS V MCL *sinistra*, auskultasi : suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada mur-mur (Muttaqin, 2013).

4) B3 (*Brain*)

a) Tingkat kesadaran, biasanya kompos mentis

b) Kepala

Tidak ada gangguan, yaitu normosefalik, simetris, tidak ada penonjolan dan tidak ada sakit kepala (Muttaqin, 2013).

c) Leher

Tidak ada gangguan, yaitu simetris, tidak ada penonjolan, dan refleks menelan ada (Muttaqin, 2013).

d) Wajah

Pasien menunjukkan ekspresi menahan sakit dan bagian wajah yang lain tidak ada perubahan fungsi dan bentuk. Wajah tampak menyeringai, wajah simetris, tidak ada lesi dan edema (Muttaqin, 2013).

e) Mata

Tidak ada gangguan, seperti konjungtiva tidak anemis (pada fraktur tertutup karena tidak terjadi perdarahan). Pasien fraktur terbuka dengan banyaknya perdarahan yang keluar biasanya mengalami konjungtiva anemis (Muttaqin, 2013).

f) Telinga

Tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal. Tidak ada lesi atau nyeri tekan (Muttaqin, 2013).



g) Hidung

Tidak ada deformitas, tidak ada pernafasan cuping hidung.

h) Mulut dan faring

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

i) Pemeriksaan Sistem Saraf Kranial

(1) Saraf I : pada pasien fraktur cruris, fungsi saraf I tidak ada kelainan

(2) Saraf II : tes ketajaman penglihatan dalam kondisi normal

(3) Saraf III, IV, dan VI : biasanya tidak mengalami gangguan mengangkat kelopak mata dan pupil isokor.

(4) Saraf V : pada klien meningitis umumnya tidak didapatkan paralisis pada otot wajah dan refleks kornea tidak ada kelainan

(5) Saraf VII : persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah simetris

(6) Saraf VIII : tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi

(7) Saraf IX dan X : kemampuan menelan baik

(8) Saraf XI : tidak ada atrofi otot setrnokleidomastoideus dan trapezius

(9) Saraf XII : lidah simetris, tidak ada deviasi pada satu sisi dan tidak ada fasikulasi (Muttaqin, 2013).

5) B4 (*Bladder*)

Perawat mengkaji keadaan urine yang meliputi warna, jumlah, dan karakteristik urin, termasuk berat jenis urine. Pasien fraktur tidak mengalami kelainan pada sistem ini.

6) B5 (*Bowel*)

Perawat mengkaji inspeksi abdomen yaitu bentuk datar, simetris, tidak ada hernia. Palpasi yaitu turgor baik, tidak ada defans muscular dan hepar tidak teraba. Perkusi yaitu suara timpani, ada panyulan gelombang cairan. Auskultasi : peristaltik usus normal 5-30 kali/menit. Inguinal-genitalis-anus : tidak ada hernia, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ada kesulitan Buang Air Besar (BAB).

7) B6 (*Bone*)

Fraktur mengganggu fungsi motorik, sensorik maupun peredaran darah (Muttaqin, 2013). Pengkajian pada sistem B6 (*Bone*) terdiri dari :

a) *Look*

Perawat perlu memperhatikan adanya pembengkakan yang tidak biasa atau abnormal dan deformitas. Bagian tulang abnormal dan deformitas sering terjadi patah tulang terbuka sehingga ditemukan adanya tanda-tanda trauma jaringan lunak sama kerusakan integritas kulit dan penonjolan tulang keluar kulit. Pasien menunjukkan tanda-tanda cedera dan kemungkinan keterlibatan berkas neurovaskular (saraf dan pembuluh darah) tungkai, seperti bengkak atau edema. Pasien tidak mampu menggerakkan tangan atau kaki serta penurunan kekuatan otot ekstremitas atas atau bawah dalam melakukan pergerakan (Muttaqin, 2013).

b) *Feel*

Pasien mengeluh keluhan nyeri tekan dan krepitasi akibat luka fraktur dan luka insisi operasi serta oedem di area fraktur menyebabkan tekanan pada jaringan interstitial sehingga akan menekan noiceptor dan menimbulkan nyeri. (Muttaqin, 2013).

c) *Move*

Pasien mengeluh sulit menggerakkan bahu akibat oedem dan nyeri pada luka fraktur maupun luka insisi dan pemasangan gips, sehingga akan menimbulkan gangguan atau penurunan lingkup gerak sendi. Gerakan pada daerah tungkai yang patah tidak boleh dilakukan karena menimbulkan respons trauma pada jaringan lunak di sekitar ujung fragmen tulang yang patah. Pasien terlihat mampu melakukan pergerakan pada tungkai atas yang patah (Muttaqin, 2013). Pengkajian kemampuan mobilitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, berdiri, bangun dan berpindah tanpa bantuan. Pasien juga merasa takut untuk bergerak setelah operasi karena merasa nyeri pada luka operasi dan luka trauma. Pasien belum mampu menumpu berat badannya dan melakukan aktifitas sehari-hari, seperti transfer, ambulasi, jongkok berdiri, naik turun tangga, keterbatasan untuk berkemih dan buang air besar.

Kategori tingkat kemampuan aktivitas adalah sebagai berikut :

**Tabel 1**  
**Kemampuan Mobilitas**

<b>Tingkat Aktivitas atau Mobilitas</b>	<b>Kategori</b>
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

(Hidayat, 2009)

**Tabel 2**  
**Kemampuan Rentang Gerak (Fokus pada Ekstremitas Atas)**

Gerak Sendi	Derajat Rentang Normal
<b>Bahu :</b>	
Abduksi: gerakan lengan ke lateral dari posisi samping ke atas kepala, telapak tangan menghadap ke posisi yang paling jauh	180°
<b>Siku :</b>	
Fleksi: angkat lengan bawah ke arah depan dan kearah atas menuju bahu	150°
<b>Pergelangan tangan:</b>	
Fleksi: tekuk jari-jari tangan ke arah bagian dalam lengan bawah	80° – 90°
Ekstensi: luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi	80° – 90°
Hiperekstensi: tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin	70° – 90°
Abduksi: tekuk pergelangan tangan ke sisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap keatas	0° – 20°
Adduksi: tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking telapak tangan menghadap ke atas	30° – 50°
<b>Tangan dan jari:</b>	
Fleksi: buat kepalan tangan	90°
Ekstensi: Luruskan jari	90°
Hiperekstensi: tekuk jari-jari tengah kebelakang sejauh mungkin	30°
Abduksi: kembangkan jari tangan	20°
Adduksi: rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi	20°

(Hidayat, 2009)

**Tabel 3**  
**Kekuatan Otot dan Gangguan Koordinasi**

Skala	Kekuatan Normal	Karakteristik
0	0	Paralissi sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

(Hidayat, 2009)

## 2. Diagnosa Keperawatan

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Program pembatasan gerak ditandai dengan asien mengeluh bahu sulit digerakkan, nyeri saat digerakkan, kekuatan ROM menurun terpasang gips di lengan bahu (clavicula)

## 3. Intervensi Keperawatan

**Tabel 4**  
**Intervensi Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik**

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Program pembatasan gerak (pasca operasi pemasangan gips) ditandai dengan pasien mengeluh bahu sulit digerakkan, nyeri saat digerakkan, kekuatan ROM menurun terpasang gips di lengan bahu (clavicula)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 X 2 jam diharapkan <b>mobilitas fisik meningkat</b> dengan kriteria hasil: <input checked="" type="checkbox"/> Pergerakan ekstemitas meningkat (5) <input checked="" type="checkbox"/> Kekuatan otot meningkat (5) <input checked="" type="checkbox"/> Rentang gerak (ROM) meningkat (5) <input checked="" type="checkbox"/> Nyeri menurun (5) <input checked="" type="checkbox"/> Kecemasan menurun (5)	<p><b>Dukungan Ambulasi (I.06171)</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi adanya nyeri <input checked="" type="checkbox"/> Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi <input checked="" type="checkbox"/> Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik (ROM) <input checked="" type="checkbox"/> Anjurkan melakukan ambulasi dini <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misal berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
		<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <input checked="" type="checkbox"/> Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <input checked="" type="checkbox"/> Fasilitasi melakukan mobilisasi dini <input checked="" type="checkbox"/> Anjurkan melakukan mobilisasi dini (ROM) <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan/implementasi merupakan fase pelaksanaan atau implementasi dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Implementasi terdiri dari melakukan tindakan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan rencana keperawatan. Tindakan-tindakan pada rencana keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Implementasi ini mengacu pada SIKI yang telah dibuat pada rencana keperawatan. Pasien *post ORIF close fracture clavícula sinistra* dengan hambatan mobilitas fisik, dimana implementasi disesuaikan dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah ditetapkan (PPNI, 2018).

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan fase kelima atau tahapan terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi mencakup aktivitas yang telah direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika pasien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan dan efektivitas rencana asuhan keperawatan.

Evaluasi merupakan aspek penting dalam proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan intervensi keperawatan harus dihentikan, dilanjutkan atau diubah. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (*subjektif, objektif, assessment, planning*).

Komponen SOAP yaitu S (*subjektif*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan. O (*objektif*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. A (*assessment*) adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif. P (*planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang dilakukan berdasarkan hasil analisa.

Evaluasi yang dilakukan terhadap pasien *Post ORIF Close Fracture Clavicula Sinistra* dengan hambatan mobilitas fisik berdasarkan tujuan dan kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu pergerakan ekstremitas membaik, kekuatan otot membaik, rentang gerak *range of motion* (ROM) membaik, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

