

BAB II

TINAJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Fraktur Femur

2.1.1 Pengertian

Fraktur femur adalah hilangnya kontinuitas tulang paha yang disebabkan oleh trauma eksklusif pada paha dan faktor patologis (Wantoro et al., 2020)

Fraktur femur adalah rusaknya kontinuitas tulang pangkal paha yang dapat disebabkan oleh trauma langsung, kelelahan otot, kondisi-kondisi tertentu seperti degenerasi tulang osteoporosis. Hilangnya kontinuitas tulang paha tanpa atau disertai adanya kerusakan jaringan lunak seperti otot, kulit, jaringan saraf dan pembuluh darah. Menurut (melti suriya, S.Kep, Ners, M. Kep 2019)

2.1.2 Etiologi

a. Faktor Prediposisi

- 1) Trauma langsung, terjadi akibat adanya benturan pada tulang yang menyebabkan fraktur
- 2) Trauma tidak langsung, tidak terjadi pada tempat benturan namun terjadi pada bagian lain tulang
- 3) Kondisi patologis, terjadi karena adanya penyakit pada tulang (degeneratif dan kanker tulang)

b. Faktor Presipitasi

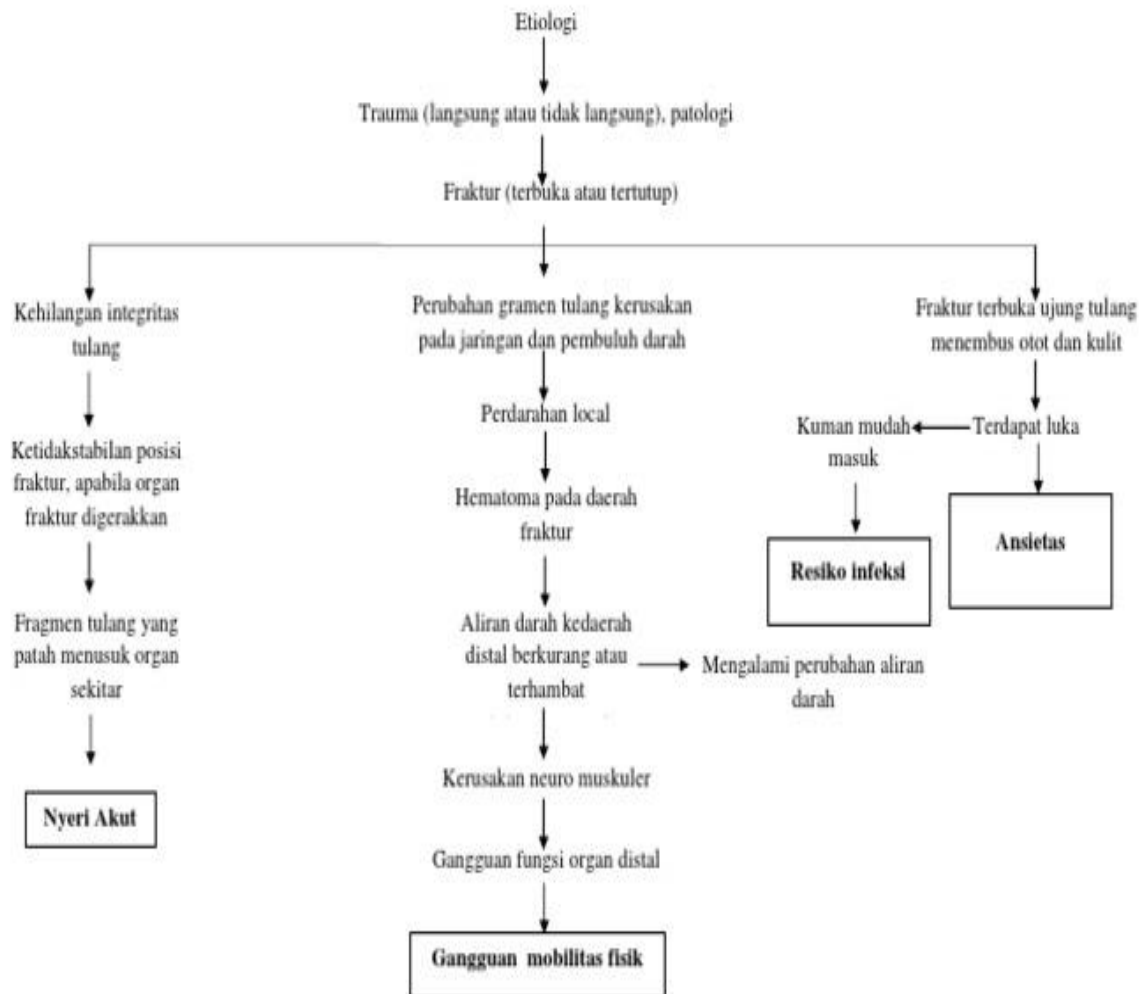
- 1) Tumor tulang adalah adanya pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali
- 2) Infeksi seperti osteomyelitis terjadi akibat dari infeksi akut atau dapat timbul salah satu proses yang progresif
- 3) Rakhtis
- 4) Secara spontan disebabkan oleh stress tulang yang terus menerus

2.1.3 Patofisiologi

Fraktur biasanya terjadi karena cedera, trauma, dimana penyebab utamanya adalah trauma langsung yang mengenai tulang seperti kecelakaan mobil, olahraga, jatuh atau Latihan berat. Selain itu fraktur juga bisa terjadi karena stress fatigue (kecelakaan akibat tekanan berulang) dan proses penyakit patologis seperti penderita tumor (kanker) dimana telah tumbuh dalam tulang dan dapat menyebabkan tulang menjadi rapuh, osteoporosis dan infeksi yang dapat terjadi pada beberapa tempat. Perdarahan biasanya terjadi disekitar tempat patah dan kedalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut. Bila terjadi hematoma maka pembuluh darah vena akan mengalami pelebaran sehingga terjadi penumpukan cairan dan kehilangan leukosit yang dapat mengakibatkan terjadinya perpindahan, menimbulkan inflamasi atau peradangan yang menyebabkan bengkak dan akhirnya terjadi nyeri. Selain itu karena kerusakan pembuluh darah kecil atau besar pada waktu terjadi fraktur dapat menyebabkan tekanan darah menjadi turun, dengan suplay darah ke otak sehingga kesadaran pun menurun yang

berakibat syok hipovolemi. Bila mengenai jaringan lunak maka akan terjadi luka dan kuman akan mudah untuk masuk sehingga mudah terinfeksi dan lama kelamaan akan berakibat delayed union dan mal union. Sedangkan yang tidak berinfeksi mengakibatkan non union. Apabila fraktur mengenai periosteum atau jaringan tulan dan ikorteks maka akan mengakibatkan deformatis, krepitasi dan pemendekan ekstremitas.

PATHWAY (Pre Operasi)



Gambar2.2 Pathway Fraktur Femur

1.1.4 Tanda dan Gejala

Menurut (Indrawan & Hikmawati, 2021) ada beberapa gejala yang timbul pada penyakit ini diantaranya:

- a. Nyeri terus menerus akan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi
- b. Deformitas (perubahan bentuk)
- c. Pemendekan ekstremitas
- d. Perubahan warna
- e. Hilangnya fungsi tulang
- f. Krepitus
- g. Pembengkakan lokal

2.1.4 Komplikasi.

Menurut Sulistyarningsih (2016) komplikasi fraktur yaitu:

1. Nyeri merupakan keluhan yang sering terjadi setelah bedah, nyeri yang sangat hebat akan dirasakan pada beberapa hari pertama
2. Gangguan mobilitas pada pasien pasca bedah juga akan terjadi akibat proses pembedahan
3. Kelelahan sering kali terjadi yaitu kelelahan sebagai suatu sensasi gejala nyeri otot, nyeri sendi, nyeri kepala, dan kelemahan dapat terjadi kelelahan muskuloskeletal

4. Perubahan ukuran, bentuk dan fungsi tubuh yang dapat mengubah system tubuh, keterbatasan gerak, kegiatan dan penampilan juga sering kali dirasakan.

1.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Indrawan & Hikmawati, 2021b)

ada beberapa pemeriksaan penunjang diantaranya:

- a. Menentukan lokasi, luas fraktur, trauma
- b. Pemeriksaan rontgen
- c. Scan tulang, scan MRI/CT
- d. Arteriogram
- e. Hitung darah lengkap, hemokonsentrasi meningkat atau menurun pada perdarahan, selain itu juga peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai respon terhadap peradangan.

1.1.6 Penatalaksanaan.

Berdasarkan penelitian (Sudarmanto, 2017), prinsip terapi fraktur yaitu :

- a. Reduksi

Merupakan pemulihan keselarasan anatomi bagi tulang fraktur. Reposisi memerlukan pemulihan Panjang serta koreksi deformitas angular dan rotasional. Reposisi manipulative biasanya dapat dilakukan pada fraktur ekstremitas distal (tangan, pergelangan tangan, kaki, tungkai), dimana spasme otot tidak berlebihan. Traksi bisa diberikan dengan plester flet melekat diatas kulit dan memasang pin tranversa melalui tulang, distal terhadap fraktur. Reduksi terbuka biasanya disertai oleh

sejumlah bentuk fiksasi interna dengan plat dan pin, batang atau sekrup. Ada dua jenis reposisi, yaitu reposisi tertutup dan reposisi terbuka. Reposisi tertutup dilakukan pada fraktur dengan pemendekan, angulasi atau displaced. Biasanya dilakukan dengan anestesi local dan pemberian analgesic. Dan diimobilisasi dengan gips. Jika gagal maka lakukan reposisi terbuka dikamar operasi dengan anestesi umum. Sedangkan kontra indikasi reposisi tertutup yaitu : 14 jika dilakukan reposisi namun tidak dapat dievaluasi, jika reposisi sangat tidak mungkin dilakukan, dan jika fraktur terjadi karena kekuatan traksi, misalnya displaced patellar fracture.

b. Imobilisasi

Jika reposisi telah tercapai, maka diperlukan imobilisasi tempat fraktur sampai timbul penyembuhan yang mencukupi. Kebanyakan fraktur ekstremitas dapat diimobilisasi dengan gips fiberglas atau dengan brace yang tersedia secara komersial. Pemasangan gips yang tidak tepat bisa menimbulkan tekanan kulit, vascular, atau saraf. Semua pasien fraktur diperiksa hari berikutnya untuk menilai neurology dan vascular. Jika traksi digunakan untuk reduksi, maka traksi juga bertindak sebagai imobilisasi dengan ekstremitas disokong diatas ranjang atau di atas bidai sampai reduksi tercapai. Kemudian traksi diteruskan sampai ada penyembuhan yang mencukupi, sehingga pasien dapat dipindahkan memakai gips atau brace.

c. Rehabilitasi

Jika penyatuan tulang padat terjadi, maka rehabilitasi terutama merupakan masalah pemulihan jaringan lunak. Kapsula sendi, otot dan ligamentum berkontraksi membatasi gerakan sendri sewaktu gips atau bidai dilepaskan. Dianjurkan terapi fisik untuk gerakan aktif dan pasif serta penguatan otot.

1.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Fraktur Antebrachi

2.2.1. pengkajian

Menurut (Hadi Purwanto, S.kep.,Ns. 2020) Pengkajian adalah langkah utama dan dasar utama dari proses keperawatan yang mempunyai dua kegiatan pokok yaitu :

a) Pengumpulan data

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis membantu dalam menentukan suatu Kesehatan dan pola pertahanan penderita, mengidentifikasi mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang diperoleh berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya.

1) Anamnesa

a. identikasi pasien

Terdiri dari umur, jenis kelamin, agama, Pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diangnosa medis.

b. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama meliputi keluhan yang sering ditemukan yaitu nyeri, nyeri saat digerakkan . Keluhan yang dikemukakan sampai dibawa ke RS. Dan keruan perawatan, komponen ini terdiri dari PQRST adalah :

P ; Palliative adalah faktor pemicu penyakit, keadaan hal yang meringankan atau memperberat gejala, pasien dengan fraktur femur mengeluh nyeri dan nyeri digerakan dan terdapat luka

Q : Qualiative suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan.

R : Region sejauh mana lokasi penyebaran keluhan yang dirasakan

S : severity derajat keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut.

T : Time waktu dimana keluhan yang dirasakan, lamanya dan frekuensinya, waktu tidak menentu.

c. Riwayat Kesehatan sekarang

Adanya keluhan seperti mengalami nyeri, keterbatasan gerak. Semuanya terjadi karena fraktur femur , sehingga dapat muncul masalah keperawatan gangguan mobilitas

d. Riwayat Kesehatan dahulu

Kaji apakah pasien pernah mengalami kecelakaan seperti yang di alami sekarang

e. Riwayat Kesehatan keluarga

Kaji apakah ada anggota keluarga pasien yang memiliki penyakit yang sama atau apakah ada penyakit keturunan dalam silsilah keluarga.

f. Riwayat psikososial

Kaji informasi mengenai perilaku perasaan dan emosi yang dialami penderita berhubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

2) Pemeriksaan fisik

a. Status Kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, dan tanda-tanda vital.

b. System pernafasan

Meliputi bentuk dada frekuensi nafas pergerakan nafas bunyi danfas. Ada tidaknya secret.

c. System kardiovaskuler

Meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mengidentifikasi.

d. System persyarafan

Meliputi penurunan sensori, parathesia, anesthesia, letergi, mengantuk, reflex lambat, kacau mental dan disorientasi

1. Nervus olfaktorius (N I)

Meliputi syaraf sensorik yang berfungsi hanya satu yaitu mencium bau

2. Nervus optikus (N II)

Meliputi adanya perubahan retina bisa menunjukkan papilledema (edema pada syaraf optic).

3. Nervus okulomotorius, trochealis, abduken (N III,IV,VI)

Fungsi nervus III, IV, VI, saling berkaitan dan periksa bersama-sama.

4. Nervus trigeminus (N V)

Terdapat dua bagian adalah bagian sensorik (porsio mayor) dan bagian motorik (porsio minor). Bagian motorik mengurus otot mengunyah.

5. Nervus facialis (N VII)

Meliputi syaraf motorik yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah juga membawa serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimalis. Termasuk sensi pengecapan 2/3 bagian anterior lidah.

6. Nervus auditorius (N VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga ke otak. Staf ini memiliki dua buah kumpulan serabut saraf adalah rumah keong (koklea) disebut akar tengah yaitu saraf untuk mendengar dan pintu halaman (ventibulum), merupakan akar tengah adalah saraf untuk keseimbangan.

7. Nervus glasofaringeus (N IX)

Sifatnya majemuk (sensorik dan motoric) yang mensarafi faring, tonsil, dan lidah.

8. Nervus vagus (N X)

Meliputi kemampuan menelan kurang dan kesulitan membuka mulut.

9. Nervus assesorius (N XI)

Saraf XI menginervasi sternocleidomastoideus dan trapezius menyebabkan Gerakan menoleh (rotasi) pada kepala.

10. Nervus hipoglossus (N XII)

Saraf ini mengandung serabut somato sensorik yang menginervasi otot intrinsic dan ekstrinsik lidah.

e. Sistem pencernaan

Meliputi mukosa bibir, bentuk bibir, terdapat stomatitis atau tidak, gusi berwarna apa, adanya perdarahan pada gusi, reflek menelan, adakah lesi pada abdomen, auskultasi bising usus, palpasi abdomen adanya nyeri tekan, raba hati, perkusi hati, perkusi lambung.

f. System endokrin

Meliputi ada atau idaknya kelainan pada kelenjar tiroid dan kelenjar paratiroid.

g. System genitourinaria

Kaji apakah ada keluhan poliuri, retensio urine dan rasa panas atau sakit akibat berkemih.

h. System integument

Kaji apakah adanya penurunan pada turgor kulit, adanya luka/tidak serta kemerahan pada kulit, tekstur rambut dan kuku.

i. System musculoskeletal

Pasien fraktur femur pada system musculoskeletal terjadi lemas otot, cepat lemah, cepat letih, tenus otot menurun,

sering ada ekstremitas. Bila terdapat luka pada kaki pada penyembuhannya akan lama.

j. System pendengaran

pada pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan pendengaran.

k. System penglihatan

Kaji apakah pasien mengalami kerusakan pada organ mata seperti kerusakan retina, terjadinya kebutaan, kerusakan pada pembuluh darah retina atau lapisan saraf mata, kerusakan ini menyebabkan kebocoran dan terjadi penumpukan cairan yang mengandung lemak serta perdarahan pada retina.

3) Pemeriksaan penunjang

a. Foto rontgen (X-ray) memaparkan, menentukan lokasi dan luasnya fraktur

b. Scan tulang, temogram, atau scan CT/MRIB untuk Memperhatikan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

c. Anterigram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler

d. Hitung darah lengkap, hemokonsentrasi mungkin meningkat atau menurun pada perdarahan selain itu peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai respon terhadap peradangan.

4) Analisa data

Analisa data adalah kemampuan kognitif dalam perkembangan yang kuat dalam berpikir dan penalaran dipengaruhi oleh latar belakang pengetahuan dan informasi, pengalaman dan pengertian keperawatan. Saat melakukan analisis data dibutuhkan kemampuan untuk menghubungkan informasi dan menghubungkan informasi tersebut dengan

konsep, teori, dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan saat menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan Fraktur Femur terbuka adalah (PPNI,2017) :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)
2. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)
3. Risiko Infeksi berhubungan dengan Penurunan hemoglobin (D.0142)
4. Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapaprnnya informasi (D.0080)
5. Resiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairsan (D.0039)

2.2.3 Pencanaan

Perencanaan Keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang diharapkan, tindakan pengobatan khusus, dan kemajuan pasien secara spesifik

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)

No	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam,	SIKI: Manajemen nyeri I.08238 Observasi : 1. Identifikasi	1. Agar mengetahui kualitas dan

	diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : - Nyeri berkurang - Skala nyeri berkurang	lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, kuantitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 5. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 7. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri Kolaborasi : 8. Kolaborasi pemberian	kuantitas nyeri 2. Pendekatan komprehensif untuk menentukan intervensi 3. Untuk mengetahui respon nyeri secara non verbal 4. Untuk mengetahui apa faktor yang memperberat nyeri 5. Agar nyeri berkurang 6. Membantu mengurangi rasa nyeri 7. Untuk mengetahui penyebab nyeri 8. Untuk memenuhi proses penyembuhan
--	--	--	--

		analgetic	
--	--	-----------	--

- b. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)

No.	Tujuan	Intervensi	rasional
2	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, diharapkan dengan kriteria hasil : - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak rom meningkat	SIKI: Teknik Latihan penguatan sendi I. 05185 Observasi : 1. Identifikasi keterbatasan gerak 2. Monitor lokasi sakit Terapeutik 3. Lakukan pengendalian nyeri 4. Berikan posisi tubuh optimal 5. Fasilitasi gerak sendi teratur Edukasi : 6. Jelaskan kepada pasien dan keluarga dan rencanakan Latihan Bersama 7. Anjurkan melakukan rentang gerak aktif dan pasif 8. Anjurkan	1. Untuk mengetahui rentang gerak 2. Untuk mengetahui dimana letak lokasi nyeri 3. Membantu untuk proses penyembuhan 4. Agar merasa nyaman 5. Agar gerak sendi teratur 6. Agar klien sering melakukan Latihan Bersama keluarga 7. Untuk mengetahui sejauh mana klien bisa melakukan rentang gerak

		memvisualisasikan gerak 9. Anjurkan ambulasi sesuai toleransi Kolaborasi : 10. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program Latihan	8. Membantu Klien dalam Latihan rentang gerak 9. Mampu melakukan sesuai anjuran 10. Membantu dalam pengembangan dan pelaksanaan program
--	--	---	--

c. Risiko Infeksi berhubungan dengan Penurunan hemoglobin (D.0142)

No.	Tujuan	Intervensi	Rasional
3	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : - nyeri menurun - bengkak menurun	SIKI: pencegahan infeksi I 14539 Observasi: 1. monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik: 2. batasi jumlah pengunjung 3. berikan perawatan kulit pada area edema	1. untuk mengetahui tanda gejala infeksi 2. agar klien dapat beristirahat dengan cukup 3. agar mampu mengetahui perawatan pada edema

	- kadar sel darah putih membaik	4. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. pertahankan Teknik aseptik edukasi : 6. jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. ajarkan cara mencuci tangan yang baik dan benar 8. ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 9. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 10. anjurkan meningkatkan asupan cairan kolaborasi : 11. kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu	4. agar terhindar dari infeksi 5. untuk menjaga kebersihan 6. agar mengetahui tanda dan gejala infeksi 7. agar tidak terinfeksi 8. untuk mengetahui kondisi luka 9. membantu proses penyembuhan yang cepat 10. agar tidak dehidrasi 11. membantu pemenuhan imunisasi
--	---------------------------------	--	---

d. Ansietas berhubungan dengan Kurang terpaparnya informasi (D.0080)

No	Tujuan	Intervensi	Rasional
4	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : - Gelisah menurun - Konsentrasi membaik - Perilaku tegang menurun	SIKI: reduksi ansietas I. 09314 Observasi: 1. Identikasi tingkat ansietas 2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik : 3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Gunakan pendekatan yang tenang 6. Motivasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi : 7. Amjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 8. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	1. Untuk mengetahui tingkat ansietas 2. Untuk mengetahui keadaan umum 3. Agar mengurangi cemas pasien 4. Agar situasi selalu baik 5. Memabtu untuk tetap tenang 6. Agar membantu pemicu kecemasan 7. Agar pasien bisa memahami perasaannya 8. Untuk mengurangi ketegangan 9. Agar klien merasa tenang

		9. Latih Teknik relaksasi Kolaborasi : 10. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	10. Membantu proses penyembuhan ansietas
--	--	--	---

- e. Resiko syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan
(D.0039)

No	Tujuan	Intervensi	Rasional
5	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat syok menurun dengan kriteria hasil : - Kekuatan nadi meningkat - Pucat menurun' - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah	SIKI: pemantauan cairan I. 03121 Observasi : 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi nafas 3. Monitor tekanan darah' 4. Monitor berat badan 5. Monitor elastisitas turgor kulit 6. Monitor jumlah, warna, dan jenis urin 7. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis: hematokrit, natrium, kalium) 8. Identikasi tanda-tanda hypovolemi 9. Identifikasi tanda-tanda hypervolemi 10. Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan	1. Untuk mengetahui frekuensi dan kekuatan nadi 2. Untuk mmengetahui nafs normal 3. Untuk mengetahui tekanan 4. Agar mengetahui apakah berat bada pasien mengalami peunurunan 5. Agar turgor kulit elastis

	diastolik membaik - Frekuensi nafas membaik - Akral dingin menurun	Terapeutik : 11. Atur waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 12. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi : 13. Jelaskan tujuan dan prosedur hasil pemantauan	6. Untuk mengetahui frekuensi urin 7. Untuk mengetahui hasil yang normal 8. Agar tidak dehidrasi 9. Untuk mengetahui dehidrasi berat 10. Agar tidak terjadi keseimbangan cairan 11. Untuk mengetahui pemantau dengan kondisi pasien 12. Memberikan hasil yang optimal 13. Untuk mengetahui prosedur pemantauan
--	--	--	---

2.2.4 Pelaksanaan

Implementasi adalah tahap pelaksanaan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk perawat dengan pasien. Pelaksanaan berlangsung sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi serta juga diperlukan keterampilan interpersonal, intelektual, teknik yang dilakukan dengan hati-hati dan efisien dalam situasi yang tepat selalu memperhatikan keamanan secara fisik dan psikologis. Setelah selesai implementasi, dilakukan dokumentasi yang mencakup intervensi yang dilakukan dan bagaimana respon pasien (Hadi Purwanto, S.kep.,Ns. 2020).

2.3.5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara sumatif yang berupa pemecahan masalah diagnose keperawatan dalam bentuk catatan perkembangan (SOAPIER) S : data subjektif, O : data objektif, A : analisis, P : planning, I : implementasi, E : evaluasi, R : reassessment yang dibuat bila kerangka waktu ditujukan tercapai, diagnose tercapai sebelum waktu ditujukan, terjadi perburukan kondisi, muncul masalah baru (Hafidzha and Nasution 2020).

2.4. konsep gangguan mobilitas fisik pada pasien fraktur femur

2.4.1 Pengertian Mobilisasi

Mobilisasi didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk dapat bergerak dari satu tempat ke tempat lain dengan bebas dan aman . Istilah mobilisasi banyak digunakan untuk menyatakan pergerakan baik secara fisiologis maupun psikologis Mobilisasi

juga didefinisikan sebagai pergerakan individu baik aktual maupun potensial baik pergerakan secara fisik, pergerakan peningkatan kualitas hidup, maupun pergerakan peningkatan kesejahteraan .

2.4.2 Gangguan mobilitas fisik pada pasien fraktur femur

Imobilisasi atau Gangguan mobilitas fisik berdasarkan definisi oleh NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Merupakan kondisi individu mengalami atau berisiko terjadinya keterbatasan gerak pada fisik. (Kim et al, 1995) dalam (Nasrullah, 2021)

Fraktur femur dapat menyebabkan kecacatan dan komplikasi. Terdapat hubungan antara jenis kecelakaan dan tipe fraktur karena dipengaruhi mekanisme cedera, tipe benda, kekuatan energi serta kronologis kecelakaan. Fraktur dapat menyebabkan kerusakan fragmen tulang, dan mempengaruhi fungsi sistem muskuloskeletal yang berpengaruh pada toleransi aktivitas sehingga dapat memengaruhi kualitas hidup penderita (Platini, 2020)

2.4.3 Penatalaksanaan Kasus Fraktur Femur Post OREF (Open Reduction Eksternal Fixation) dengan Mobilisasi Dini

a. Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, dan mempunyai tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi dibutuhkan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit (terutama penyakit degeneratif), dan aktualisasi diri (Arianti, 2019).

Mobilisasi dini pada pasien post operasi merupakan kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan. Mobilisasi dini merupakan faktor yang menonjol dalam 14 mempercepat pemulihan pasca bedah dan dapat

mencegah komplikasi pasca bedah (Aiddina Fajri, 2016).

Pentingnya gerakan bagi kesehatan tidak diragukan lagi. Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang penting pada fungsi fisiologis, karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Manfaat yang diperoleh dari keseluruhan latihan fisik dan kemampuan untuk menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari (Activities of Daily Living/ADL). Pentingnya mobilisasi dini sangat berpengaruh agar dapat meningkatkan metabolisme sehingga kondisi umum pasien akan lebih baik (Aiddina Fajri, 2016).

2.4.4 Tujuan Mobilisasi Dini Tujuan dari mobilisasi antara lain

- 1.** Mempertahankan fungsi tubuh
- 2.** Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka
- 3.** Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- 4.** Mempertahankan tonus otot
- 5.** Memperlancar eliminasi alvi dan urine
- 6.** Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian
- 7.** Memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau berkomunikasi (Banamtuan, 2019).

2.4.5 Manfaat Mobilisasi Dini Manfaat mobilisasi pada post operasi OREF :

- 1.** Penderita merasa lebih sehat dan kuat Setelah bergerak, otot-otot perut akan kembali normal sehingga otot menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit dengan demikian pasien merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan.
- 2.** Melakukan pergerakan akan merangsang aktifitas juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti

semula.

3. Mobilisasi dini memungkinkan kita mengajarkan pasien segera untuk bisa mandiri. Perubahan yang terjadi pada pasien pasca operasi akan cepat pulih, dengan demikian pasien akan cepat merasa sehat (Sabella, 2019).
4. Hari rawat akan menjadi lebih pendek 2 hari, apa bila latihan dilakukan 2 kali sehari dalam 24-48 jam pertama post pembedahan selama 15-30 menit yang disesuaikan dengan kemampuan pasien dengan bantuan perawat dan dukungan keluarga.
5. Mengurangi intensitas nyeri.