

MANUSKRIP

**STUDI KASUS HAMBATAN MOBILITAS FISIK PADA KLIEN
POST OPERASI FRAKTUR FEMUR TERTUTUP
DI RSUD SIDOARJO**



Oleh:

**ERIN SAFITRI
NIM: P27820418010**

**POLTEKKES KEMENKES SURABAYA
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D3 KEPERAWATAN SIDOARJO
2021**

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Studi Kasus Hambatan Mobilitas Fisik Pada Klien Post Operasi Fraktur Femur Tertutup Di RSUD Sidoarjo” sebagai salah satu persyaratan akademi dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi D3 Keperawatan Kampus Sidoarjo.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini peneliti menghadapi berbagai kendala dan keterbatasan, namun peneliti berusaha semaksimal mungkin untuk menyusun karya tulis ilmiah ini dengan bantuan, bimbingan, petunjuk, serta dorongan dari semua pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Maka pada kesempatan ini peneliti menyampaikan terima kasih kepada:

1. dr. Atok Irawan, Sp.P selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo.
2. drg. H. Bambang Hadi Sugito, M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Surabaya.
3. Dr. Supriyanto, S.Kp, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya.
4. Supriyanto, S.Kep, Ns, M.Psi, selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Sidoarjo.
5. Tanty Wulan Dari, S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing utama yang telah memberikan banyak bimbingan, motivasi, dan saran dengan penuh kesabaran selama penyusunan karya tulis ilmiah.
6. Dr. Moch. Bahrudin, M.Kep, Sp.KMB selaku dosen pembimbing dua dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Dr. Luluk Widarti, S.Kep, Ns, M.Kes, selaku ketua penguji dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi D3 Keperawatan Sidoarjo yang telah memberikan bimbingan dan ilmu selama menimba pendidikan.

9. Kedua orang tua dan keluarga besar yang telah ikhlas memberi dukungan moril dan materil selama menempuh pendidikan di Program Studi D3 Keperawatan Kampus Sidoarjo.

10. Rekan-rekan angkatan 2018 khususnya Program Studi D3 Keperawatan Kampus Sidoarjo yang telah memberikan motivasi dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun sangat penulis harapkan demi perbaikan studi kasus selanjutnya. Semoga studi kasus ini bermanfaat bagi pihak-pihak yang berkepentingan serta dapat menjadi acuan bagi pengambilan studi kasus selanjutnya.

Sidoarjo, 15 Februari 2021

Peneliti

ABSTRAK

STUDI KASUS HAMBATAN MOBILITAS FISIK PADA KLIEN POST OPERASI FRAKTUR FEMUR TERTUTUP DI RSUD SIDOARJO

Oleh:

Erin Safitri

Fraktur merupakan salah satu penyebab cacat salah satunya akibat suatu trauma karena kecelakaan. Fraktur yang terbanyak di Indonesia yaitu fraktur ekstremitas bawah. Tujuan umum pengambilan judul ini adalah agar mampu menjelaskan dan memahami masalah keperawatan secara rinci dan mendalam pada aspek asuhan keperawatan dengan menggunakan metode proses keperawatan. Metode pengambilan data studi kasus menggunakan metode asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, perumusan diagnosis, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Diagnosa yang diangkat adalah hambatan mobilitas fisik sebagai diagnosa fokus implementasi keperawatan. Menurut Depkes fraktur pada ekstremitas bawah terbanyak pada tulang femur. Penanganan pada fraktur femur dapat dilakukan dengan metode konservatif dan metode operatif. Metode operatif menggunakan intervensi pembedahan dalam bentuk reduksi terbuka atau bisa dikombinasikan dengan internal fiksasi. Hasil antara data yang di lapangan sesuai dengan teori seperti tanda dan ciri fraktur yang dialami kedua klien. Implementasi yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan diagnosis yang ditegakkan. Diharapkan dievaluasi hari terakhir kedua klien mengalami perkembangan dan masalah teratasi.

Kata kunci: Asuhan keperawatan, Fraktur Femur Tertutup, Hambatan Mobilitas Fisik

PENDAHULUAN

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang umumnya disebabkan oleh tekanan atau trauma. Selain itu, fraktur merupakan rusaknya kontinuitas tulang yang disebabkan oleh tekanan eksternal yang datang lebih besar dibandingkan dengan yang diserap oleh tulang (Asikin M, 2005). Fraktur merupakan salah satu penyebab cacat salah satunya akibat suatu trauma karena kecelakaan. Fraktur yang terbanyak di Indonesia yaitu fraktur ekstremitas bawah. Bagian tubuh yang banyak mengalami cedera adalah ekstremitas bagian bawah (Riskesdas, 2018).

Menurut WHO (World Health Organization) angka kecelakaan fraktur di dunia akan semakin meningkat seiring bertambahnya kendaraan. Usia produktif merupakan usia yang rentan mengalami cedera akibat kecelakaan, begitu juga lanjut usia dapat terjadi fraktur akibat penurunan masa tulang sehingga rentan terjadi fraktur. Di seluruh dunia, banyak sekali penemuan terkait masalah musculoskeletal. Laporan dari World Health Organization (WHO) tahun 2011 bahwa, kecelakaan mengambil porsi 40% dalam menyebabkan fraktur ekstremitas bawah. kemudian cacat fisik ditemukan sebanyak 1,3 juta orang dan lebih dari 5

juta orang meninggal dunia akibat kecelakaan.

Dari hasil survey tim Depkes RI didapatkan 25% penderita fraktur yang mengalami kematian, 45% mengalami cacat fisik, 15% mengalami stress psikologis seperti cemas. Menurut Riskesdas (2018), bagian tubuh yang terkena cedera terbanyak adalah ekstremitas bagian bawah (67%), ekstremitas bagian atas (32%), cedera kepala (11,9%), cedera punggung (6,5%), cedera dada (2,6%), dan cedera perut (2,2%). Tiga urutan terbanyak kecatatan fisik permanen akibat cedera adalah bekas luka permanen/mengganggu kenyamanan (9,2%), kehilangan sebagian anggota badan (0,6%) dan panca indera tidak berfungsi (0,5%). Rumah, menjadi lingkungan yang memegang peranan penting dalam pengendalian cedera, dimana tahun 2018 lingkungan rumah merupakan penyumbang cedera terbanyak (44,7%), dibandingkan jalan raya (31,4%), tempat kerja (9,1%), dan sekolah (6,5%).an depresi, dan 10% mengalami kesembuhan dengan baik (Depkes RI 2013). Di Jawa Timur angka kejadian fraktur pada tahun 2016 mulai dari Bulan Januari sampai Bulan Oktober sebanyak 1.422 kasus (Rois, 2016). Dengan jumlah persentase kasus fraktur pada ekstremitas

bawah dan ekstremitas atas di rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya sebesar 68,14% (Rekam Medis RSUD. Dr. Sutomo Surabaya, 2015). Pada bulan Januari-Desember 2014 di RSUD Sidoarjo didapatkan pasien fraktur ekstermitas bawah sebanyak 345 pasien, fraktur femur 40%, fraktur bagian kaki bawah 40%, dan fraktur tidak spesifik lainnya 20% dan diperoleh rata-rata 28 pasien per bulan.

Berdasarkan hal-hal diatas kasus fraktur membutuhkan penanganan yang cukup komplis sehingga penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut tentang studi kasus asuhan keperawatan hambatan mobilitas fisik pada klien fraktur femur di Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo.

TINJAUAN PUSTAKA

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan/atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa. (Arif Mansjoer, 2000). Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk dan kontraksi otot ekstrem. Saat tulang patah, jaringan disekitar akan terpengaruh, yang dapat mengakibatkan edema pada jaringan lunak, dislokasi sendi, kerusakan saraf. Organ tubuh dapat mengalami cedera akibat gaya yang disebabkan oleh fraktur

atau akibat fragmen tulang (Brunner & Suddart, 2013).

Fraktur menurut Smeltzer (2013) adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis nya. Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, retak atau patah pada tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma (Lukman dan Ningsih, 2012).

Fraktur ekstremitas adalah fraktur yang terjadi pada tulang yang membentuk lokasi ekstremitas atas (tangan, pergelangan tangan, lengan, siku, lengan atas dan bahu) dan ekstremitas bawah (pinggul, paha, lutut, kaki bagian bawah, pergelangan kaki) (UT Southwestern Medical Center, 2016).

Fraktur femur tertutup atau patah tulang paha tertutup adalah hilangnya kontinuitas tulang paha tanpa disertai kerusakan jaringan kulit yang dapat disebabkan oleh trauma langsung atau kondisi tertentu, seperti degenerasi tulang (osteoporosis) dan tumor atau keganasan tulang paha yang menyebabkan fraktur patologis (Arif Muttaqin, 2011: 222). Demikian dapat disimpulkan bahwa fraktur femur tertutup adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang femur yang disebabkan adanya trauma langsung dan degenerasi tulang (osteoporosis), dimana tidak ada hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar.

Menurut (Oswari E, 2000 dalam buku Andre & Yessie, 2013) penyebab fraktur adalah :

1. Kekerasan langsung: kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patah melintang atau miring.
2. Kekerasan tidak langsung: kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat kekerasan. Yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vektor kekerasan.
3. Kekerasan akibat tarikan otot: patah tulang akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan, dan penekanan, kombinasi dari ketiganya, dan penarikan.

Etiologi dari fraktur menurut Price & Wilson (2006) ada 3 yaitu:

1. Cidera atau benturan
2. Fraktur patologik

Manifestasi fraktur menurut Brunner & Suddarth (2005) adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, pembengkakan lokal, dan perubahan warna.

1. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai merupakan bentuk bidai alamiah dirancang untuk yang meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.

2. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah (gerakan luar biasa) bukannya tetap rigid seperti normalnya. Pergeseran fragmen pada fraktur lengan atau tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstremitas yang bisa diketahui dengan membandingkan dengan ekstremitas normal. Ekstremitas tak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.

3. Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat di atas ada di bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melingkupi satu sama lain sampai 2,5 sampai 5 cm (1 sampai 2 inci).

4. Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan yang lainnya.

5. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur.

6. Manifestasi klinis fraktur femur hampir sama dengan manifestasi fraktur umum tulang panjang, yaitu nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas bawah karena kontraksi otot yang melekat di atas dan di bawah tempat

fraktur, krepitasi, serta pembengkakan, dan perubahan warna local pada kulit akibat trauma dan perdarahan pada fraktur (Muttaqin, 2008).

2.2.5 Klasifikasi

Klasifikasi fraktur menurut M.Asikin (2016) yaitu:

a. Berdasarkan sifat fraktur (luka yang di timbulkan)

1. Fraktur Tertutup (Closed), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi. Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:

- 1) Tingkat 0 : Fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya
- 2) Tingkat 1: Fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan
- 3) Tingkat 2: Fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan
- 4) Tingkat 3 Cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.

2. Fraktur Terbuka (Open/Compound), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan kulit.

- 1) Laserasi < 1 cm, kerusakan jaringan tidak berarti, relatif bersih Sederhana, dilokasi, fragmen minimal
- 2) Laserasi > 2 cm, tidak ada kerusakan jaringan yang hebat, atau avulsi, ada kontaminasi Dislokasi fragmen jelas
- 3) Luka lebar dan rusak hebat, atau hilangnya jaringan disekitarnya, kontaminasi hebat. Kominituf, segmental, fragmen tulang ada yang hilang.

Faktor Penyembuhan Tulang

1. Umur Penderita

Waktu penyembuhan tulang anak-anak jauh lebih cepat daripada orang dewasa. Hal ini terutama disebabkan aktivitas proses osteogenesis pada periosteum dan endosteum serta proses pembentukan tulang pada bayi sangat aktif. Apabila usia bertambah, proses tersebut semakin lambat.

2. Pergeseran awal fraktur

Pada fraktur yang periosteumnya tidak bergeser, penyembuhannya dua kali lebih cepat dibandingkan dengan fraktur yang bergeser.

3. Vaskularisasi pada kedua fragmen Apabila kedua fragmen mempunyai vaskularisasi yang baik, penyembuhannya tanpa komplikasi. Bila salah satu sisi fraktur memiliki vaskularisasi yang jelek sehingga

mengalami kematian, pembentukan union akan menghambat atau mungkin menjadi non-union.

4. Reduksi serta mobilisasi

Reposisi fraktur akan memberikan kemungkinan untuk vaskularisasi yang lebih baik dalam bentuk asalnya. Imobilisasi yang sempurna akan mencegah pergerakan dan kerusakan pembuluh darah yang mengganggu fraktur.

5. Waktu imobilisasi

Bila imobilisasi tidak dilakukan sesuai waktu penyembuhan sebelum terjadi union, kemungkinan terjadinya non-union sangat besar

6. Ruang antara kedua fragmen serta interposisi oleh jaringan lunak

Jika ditemukan interposisi jaringan, baik berupa periosteum maupun otot atau jaringan fibrosa lainnya akan menghambat vaskularisasi kedua ujung fraktur.

7. Faktor adanya infeksi dan keganasan lokal

Infeksi dan keganasan akan memperpanjang proses inflamasi lokal yang akan menghambat proses penyembuhan dari fraktur.

8. Cairan sinovial

Cairan sinovial yang terdapat pada persendian merupakan hambatan dalam penyembuhan fraktur.

9. Gerakan pasif dan aktif pada anggota gerak

Gerakan aktif dan pasif pada anggota gerak akan meningkatkan vaskularisasi daerah fraktur. Akan tetapi, gerakan yang dilakukan pada daerah fraktur tanpa imobilisasi yang baik juga akan mengganggu vaskularisasi

10. Vitamin D

Vitamin D mempengaruhi deposisi dan absorpsi tulang. Vitamin D dalam jumlah besar dapat menyebabkan absorpsi tulang seperti yang terlihat pada kadar hormon paratiroid yang tinggi. Vitamin D dalam jumlah sedikit akan membantu klasifikasi tulang (membantu kerja hormon tiroid_ antara lain dengan meningkatkan absorpsi kalsium dan fosfat oleh usus halus.

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, dan mempunyai tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan (Ambarwati, 2014). Menurut Hidayat, (2009) Mobilisasi atau mobilitas merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya.

Jenis mobilitas

Menurut Hidayat (2009), ada 2 jenis mobilitas yaitu :

1. Mobilitas Penuh

Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari – hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

2. Mobilitas sebagian

Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi.

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik atau satu atau lebih ekstermitas secara mandiri dan terarah (Nanda,2018). Hambatan mobilitas fisik adalah keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan faktor yang berhubungan dengan hambatan mobilitas (Heriana, 2014).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah deskriptif dan menggunakan metode studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif (Nursalam, 2011). Rancangan suatu studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara rinci. Dalam studi kasus ini adalah kasus untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Fraktur Femur Tertutup Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik.

HAIL DAN PEMBAHASAN

Pada tabel pengkajian, didapatkan dua klien berjenis kelamin laki-laki. Penderita fraktur pada laki-laki memang banyak ditemukan dan banyak terjadi karena laki-laki memiliki aktivitas yang lebih tinggi dari pada perempuan. Pada hal ini klien biasanya melakukan aktivitas seperti berkendara atau sekedar membenahi atap atau plavon rumah. Kegiatan tersebut jika tidak dilakukan dengan hati-hati akan menyebabkan cedera. Jadi, dapat dikatakan bahwa faktor pencetus atau resiko terjadi fraktur karena kecelakaan berkendara atau

aktivitas yang berhubungan dengan ketinggian.

Penelitian ini dilakukan pada 2 orang klien yang berusia 41 tahun dan 88 tahun, yang dimana semakin tua maka penyembuhan akan semakin lama. Menurut teori, usia merupakan salah satu faktor yang sangat mempengaruhi proses penyembuhan tulang dimana waktu penyembuhan tulang anak-anak jauh lebih cepat daripada dewasa. Hal ini terutama disebabkan proses osteogenesis pada periosteum dan endosteum serta proses pembentukan tulang pada bayi sangat aktif. Apabila usia bertambah, proses tersebut semakin berkurang. Sehingga dapat disimpulkan kedua klien ini akan mengalami proses penyembuhan tulang yang lama.

Selain itu, pada pengkajian keluhan utama klien mengatakan nyeri saat menggerakkan kakinya dan tidak dapat beraktifitas. Selama di rumah sakit klien tidak dapat beraktifitas atau berjalan ke kamar mandi sehingga kedua klien menggunakan kateter dan memerlukan bantuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu, salah satu klien mengatakan menderita penyakit hipertensi, sedangkan yang satunya tidak memiliki riwayat penyakit. Kedua klien juga mengatakan tidak pernah mengalami patah tulang

maupun penyakit lainnya seperti tumor, kanker maupun osteoporosis karena menurut teori daerah-daerah tulang akan menjadi lemah oleh adanya tumor, kanker, dan osteoporosis. Faktor-faktor tersebut perlu dikaji sebagai parameter dalam proses penyembuhan, terutama pada lama penyembuhan fraktur dan pemberian intervensi selanjutnya yang lebih komprehensif.

Pada pengkajian riwayat sekarang pada kedua klien juga didapatkan penyebab terjadinya fraktur yaitu kecelakaan lalu lintas dan aktivitas sehari-hari, hal ini sesuai teori yang menyebutkan penyebab fraktur salah satunya adalah cedera atau benturan yang diakibatkan oleh kecelakaan. Keadaan ini menyebabkan klien mengalami hambatan mobilitas fisik akibat kakinya yang mengalami fraktur. Kekuatan otot yang dirasakan kedua klien adalah sama yaitu 2 pada ekstermitas sebelah kiri dan terpasang skin traksi.

Pada pengkajian data psikososial didapatkan kesesuaian antara teori dan kasus dimana klien mengalami cemas, lemah karena takut dengan keadaan kakinya yang patah. Hal tersebut dapat terjadi karena kurangnya pengetahuan klien terhadap penyakit yang dideritanya dan tidak mengetahui tindakan apa yang akan dilakukan untuk mengobati kakinya yang patah.

Pada tabel diagnosa keperawatan no 4.1 didapatkan bahwa kedua klien tidak mampu untuk menggerakkan kakinya dikarenakan terpasang traksi pada kaki kiri. Penegakan diagnosis pada kasus post operasi fraktur femur keua klien ini terdapat etiologi yang sama yaitu terputusnya kontinuitas jaringan. Pada etiologi diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan klien tidak bisa menggerakkan kakinya dan terpasang skin traksi akibat pemasangan alat traksi imobilisasi.

Pada perencanaan keperawatan hambatan mobolitas fisik dilakukan perencanaan yang sesuai dengan teori. Perencanaa keperawatan pada kedua klien yaitu kaji tingkat mobilitas fisik klien dan ajarkan dan dukung klien dalam latihan ROM aktif dan pasif pada ekstermitas yang sakit. Pada kondisi hambatan mobilitas fisik ini dapat memicu komplikasi yaitu adanya kekakuan sendi dan luka lecat atau decubitus pada klien. Tindakan mengatur imobilisasi memang perlu dilakukan agar tidak terjadi pergeseran fragmen tulang yang lebih parah dan memberikan rasa nyaman pada klien. Namun klien juga harus membiasakan melakukan ROM agar tidak terjadi kekakuan sendi. Perawatan pasien yang terpasang traksi skeletal sebaiknya disertai pendidikan kesehatan melatih

mobilitasi dini secara terbatas secara bertahap dengan tetap memperhatikan reaksi nyeri pasien tersebut, kolaborasi medis dengan pemberian obat analgesik sangat membantu mengurangi dan menghilangkan rasa nyeri tersebut, di samping itu pemberian alat atau media untuk mengurangi tekanan tersebut pada area tumit oleh perawat/petugas fisioterapi dan memberikan pendidikan kesehatan tentang maksud dan tujuan serta manfaat.

Pada tabel implementasi keperawatan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam perencanaan keperawatan.

Pelaksanaan perawatan pada kasus kedua klien yang diamati sudah sesuai dengan perencanaan yang dibuat. Pelakasanaan keperawtana ini tidak selalu dilakukan berurutan dengan perencanaan yang telah dibuat karena harus disesuaikan dengan kondidi klien.

Pada pelaksanaan keperawatan hambatan mobilitas fisik, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengkaji tingkat mobilitas fisik klien, mengatur posisi imobilisasi pada daerah paha, mengajarkan dan mendukung klien dalam latihan ROM aktif dan pasif, memotivasi klien untuk melakukan aktivitas secara perlahan dan bertahap dan memberikan alat bantu gerak untuk klien

beraktivitas. Pemberian mobilisasi dini menjadi penting karena telah dijadikan standar dalam prosedur Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) (Dolgun et al., 2017). Mobilisasi dini mampu melancarkan sistem peredaran darah dan membantu system tubuh kembali normal dengan cepat. Penelitian Agustin & Purwanti (2017) menunjukkan bahwa tindakan mengubah posisi sesering mungkin atau tirah baring, mengajarkan pasien memposisikan tungkai dalam keadaan abduksi dengan memberikan bantal diantara kedua tungkai untuk menghindari adduksi, melatih aktivitas fungsional terbukti efektif dilakukan untuk pasien fraktur intertrochanter femur dengan hambatan mobilitas fisik dan data yang mendukung yaitu dengan evaluasi ke pasien yang terlihat mampu memposisikan duduk, mampu melakukan aktivitas fungsional.

Pada tabel evaluasi keperawatan yang dilakukan pada kasus ini dilakukan selama dua hari dan disesuaikan dengan hasil yang berupa keluhan dan kondisi klien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Pemantauan perkembangan keadaan klien dilakukan dua hari berturut-turut setelah melaksanakan asuhan keparawatan. Perkembangan hari terakhir kedua klien pada diagnosa hambatan mobilitas fisik kedua klien mampu sedikit melakukan

ROM dan memahami cara melakukan ROM.

PENUTUP

Simpulan

1. Pada pengkajian keperawatan pada kedua klien didapatkan keluhan utama yaitu kaki tidak bisa digerakkan pada ekstermitas yang telah dilakukan pembedahan dan tidak dapat beraktivitas akibat terpasang traksi pada ekstermitas bawah sebelah kiri.
2. Pada diagnosis keperawatan sesuai dengan tanda dan gejala yang ada pada analisa data maka didapatkan diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.
3. Pada perencanaan keperawatan, perencanaan yang digunakan pada tinjauan kasus berdasarkan tinjauan pustaka serta disesuaikan dengan kondisi klien. Perencanaan klien yaitu selama dua hari dan kedua klien mendapatkan intervensi yang sama sehingga nanti akan terlihat perkembangan kedua klien.
4. Pada tindakan keperawatan yang dilakukan tidak harus sesuai dengan apa yang sudah direncanakan dan tidak semua pada pelaksanaan dilakukan sesuai urutan namun harus disesuaikan dengan kondisi dan masalah dari klien yang muncul, dalam melakukan

tindakan dibutuhkan kerjasama dengan klien dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain untuk mengatasi masalah keperawatan.

5. Pada evaluasi dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan yang sudah direncanakan sudah tercapai atau belum dan untuk melihat perkembangan kondisi dari klien tersebut. Hasil dari evaluasi keperawatan didapatkan masalah teratasi sebagian.

Saran

1. Bagi perawat

Selalu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam hubungannya dengan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan tersebut didapatkan dengan cara mengadakan seminar keperawatan, pelatihan keperawatan dan penelitian keperawatan.

2. Bagi klien dan keluarga

Klien dan keluarga diharapkan ikut berpartisipasi dalam melaksanakan tindakan keperawatan dengan kooperatif, menaati peraturan pengobatan, kontrol secara teratur, seperti pemenuhan nutrisi, melatih aktifitas secara bertahap, membatasi aktifitas yang berat, dan menjaga kebersihan luka perasi untuk proses penyembuhan luka klien.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Bagi perkembangan ilmu keperawatan hendaknya hasil penelitian ini dijadikan sebagai bahan referensi untuk penelitian selanjutnya yaitu tentang asuhan keperawatan pada klien fraktur femur tertutup.

REFERENSI

Agustin, A., & Purwanti, S. (2017). Upaya Peningkatan Mobilisasi pada Pasien Post Operasi Fraktur Intertrochanter Femur. Naskah Publikasi. Universitas Muhammadiyah Surakarta

Alimul, Aziz. 2008. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika

Corwin, J Elizabeth. 2009. Buku Saku Patofisiologi. Jakarta: EGC

Dolgun, E., Meryem, Y. V. G., Arzu, A., & Yasemin, A. (2017). The Investigation of Mobilization Times of Patients After Surgery. Asian Pacific Journal of Health Science, 4(1), 71-75

Juli Andri, Henni Febriawati, Padila, Harsismanto, J, Rahayu Susmita. 2020. Nyeri Pada Pasien Post Op Fraktur Ekstermitas Bawah Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dan Ambulasi Dini. Journal of Telenursing [e-journal] 2 (1) Tersedia di : <http://journal.poltekkesmks.ac.id/ojs/2/index.php/mediakeperawatan/article/download/753/pdf> [diakses 20 Mei 2021].

Lukman, & Ningsih, N. (2013). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Jakarta: Salemba Medika.

Muttaqin, Arif. 2012. Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi pada Praktik Klinik Keperawatan. Jakarta: EGC

NANDA. 2018. NANDA-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020. (T. H. Herdman & S. Kamitsuru, Eds.) (11th ed.). Jakarta: EGC.

Perry, Potter. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik Edisi 4. Jakarta: ECG

PPNI. (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2018). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

RSUD Kabupaten Sidoarjo, 2015. Sejarah. Sidoarjo: Website RSUD Sidoarjo. Tersedia di: <http://rsd.sidoarjokab.go.id/pages/sejarah>. [diakses 10 Mei 2021]

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth (12th ed.). Jakarta: EGC.

Widyatama Tim, 2010. Kamus Keperawatan. Jakarta: Widyatamma