

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Fraktur Femur

2.1.1 Pengertian

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, retak atau patahnya tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma/rudapaksa atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma (Lukman & Ningsih, 2012). Menurut Smeltzer (2018), fraktur adalah gangguan komplet atau tak-komplet pada kontinuitas struktur tulang dan didefinisikan sesuai jenis keluasannya (Smeltzer, 2018).

Fraktur femur adalah diskontinuitas dari *femoral shaft* yang bisa terjadi akibat trauma secara langsung (kecelakaan lalu lintas atau jatuh dari ketinggian), dan biasanya lebih banyak dialami laki-laki dewasa (Desiartama, 2017).

2.1.2 Etiologi

Fraktur disebabkan oleh pukulan langsung, gaya remuk, gerakan punter mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem. Umumnya fraktur disebabkan oleh trauma dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang. Pada orang tua, perempuan lebih sering mengalami fraktur daripada laki-laki yang berhubungan dengan meningkatnya insiden osteoporosis yang terkait dengan perubahan hormon pada menopause (Lukman & Ningsih, 2012).

Penyebab fraktur menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) (dalam Andini, 2018) dapat dibedakan menjadi:

1. Cedera traumatik

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh :

- a. Cedera langsung adalah pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan
- b. Cedera tidak langsung adalah pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan
- c. Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak

2. Fraktur patologik

Kerusakan tulang akibat proses penyakit dengan trauma minor mengakibatkan :

- a. Tumor tulang adalah pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali
- b. Infeksi seperti osteomielitis dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut
- c. Rakitis
- d. Secara spontan disebabkan oleh stres tulang yang terus menerus

Penyebab terbanyak fraktur adalah kecelakaan, baik itu kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas dan sebagainya. Tetapi fraktur juga bisa terjadi akibat faktor lain seperti proses degeneratif dan patologi (Noorisa dkk, 2017).

2.1.3 Klasifikasi fraktur femur

1. Fraktur intrakapsuler femur/ fraktur collum femoris

Fraktur collum femoris adalah fraktur yang terjadi di sebelah proksimal linea intertrichantherica pada daerah intrakapsular sendi panggul (Hoppenfeld dan Murthy, 2011).

2. Fraktur subtrochanter

Fraktur subtrochanter merupakan fraktur yang terjadi antara trochanter minor dan di dekat sepertiga proksimal corpus femur. Fraktur dapat meluas ke proksimal sampai daerah intertrochanter. Fraktur ini dapat disebabkan oleh trauma berenergi tinggi pada pasien muda atau perluasan fraktur intertrochanter ke arah distal pada pasien manula (Hoppenfeld dan Murthy, 2011).

3. Fraktur intertrochanter femur

Fraktur intertrochanter adalah fraktur yang terjadi diantara trochanter major dan minor sepanjang linea intertrichantherica, diluar kapsul sendi. Trauma berenergi tinggi dapat menyebabkan fraktur tipe ini pada pasien muda. Pada keadaan ini, fraktur introchanter biasanya menyertai fraktur compus (*shaft*) femoralis (Hoppenfeld dan Murthy, 2011).

4. Fraktur corpus femoris / fraktur batang femur

Fraktur corpus femoris adalah fraktur diafisis femur yang tidak melibatkan daerah artikular atau metafisis. Fraktur ini sering berhubungan dengan trauma jaringan lunak yang berat dan pada saat yang bersamaan terjadi luka terbuka (Hoppenfeld dan Murthy, 2011).

Batang femur didefinisikan sebagai bagian yang memanjang dari trokanter hingga kondil. Sebagian besar fraktur batang femur disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas atau trauma industri, khususnya kecelakaan yang melibatkan kecepatan tinggi atau kekuatan besar (Kneale & Peter, 2011).

5. Fraktur suprakondilar femur

Fraktur femur suprakondilar melibatkan aspek distal atau metafisis femur. Daerah ini mencakup 8 sampai 15 cm bagian distal femur. Fraktur ini sering melibatkan permukaan sendi. Pada pasien berusia muda, fraktur ini biasanya disebabkan oleh trauma berenergi tinggi seperti tertabrak mobil (Hoppenfeld dan Murthy, 2011). Fraktur suprakondilar femur lebih jarang dibandingkan fraktur batang femur (Kneale & Peter, 2011).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis fraktur menurut Smeltzer (2018) meliputi :

1. Nyeri akut terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi, hematoma, dan edema
2. Kehilangan fungsi
3. Deformitas karena adanya pergeseran fragmen tulang yang patah
4. Pemendekan ekstremitas. Terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur
5. Krepitasi akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya
6. Edema lokal

7. Ekimosis

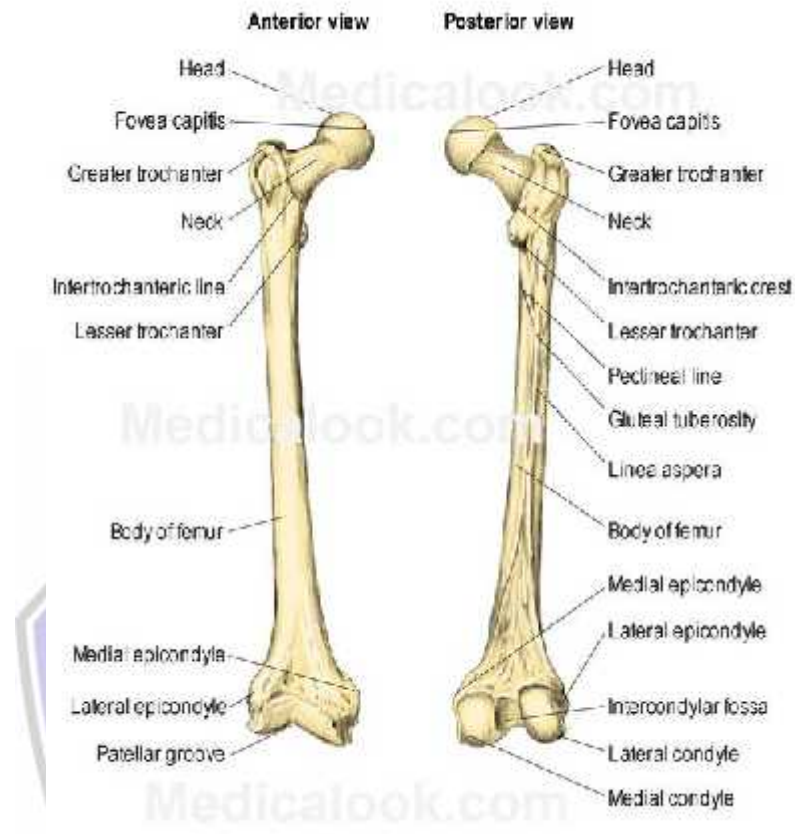
2.1.5 Patofisiologi

Pada kondisi trauma, diperlukan gaya yang besar untuk mematahkan batang femur individu dewasa. Kebanyakan fraktur ini terjadi karena trauma langsung dan tidak langsung pada pria muda yang mengalami kecelakaan kendaraan bermotor atau jatuh dari ketinggian. Kondisi degenerasi tulang (osteoporosis) atau keganasan tulang paha yang menyebabkan fraktur patologis tanpa riwayat trauma, memadai untuk mematahkan tulang femur (Muttaqin, 2012).

Kerusakan neurovaskular menimbulkan manifestasi peningkatan risiko syok, baik syok hipovolemik karena kehilangan darah banyak ke dalam jaringan maupun syok neurogenik karena nyeri yang sangat hebat yang dialami klien. Respon terhadap pembengkakan yang hebat adalah sindrom kompartemen. Sindrom kompartemen adalah suatu keadaan terjebaknya otot, pembuluh darah, jaringan saraf akibat pembengkakan lokal yang melebihi kemampuan suatu kompartemen/ruang lokal dengan manifestasi gejala yang khas, meliputi keluhan nyeri hebat pada area pembengkakan, penurunan perfusi perifer secara unilateral pada sisi distal pembengkakan, CRT (*capillary refill time*) lebih dari 3 detik pada sisi distal pembengkakan, penurunan denyut nadi pada sisi distal pembengkakan (Muttaqin, 2012).

Kerusakan fragmen tulang femur menyebabkan gangguan mobilitas fisik dan diikuti dengan spasme otot paha yang menimbulkan deformitas khas pada paha, yaitu pemendekan tungkai bawah. Apabila kondisi ini

berlanjut tanpa dilakukan intervensi yang optimal akan menimbulkan risiko terjadinya *malunion* pada tulang femur (Muttaqin, 2012).



Gambar 2.1 Tulang femur (Sumber:

<https://www.pinterest.com/pin/121526889921657204/>)



Gambar 2.2 Pathway fraktur femur (Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi Awal :

1. Syok

Syok hipovolemik atau traumatik, akibat perdarahan (baik kehilangan darah eksterna maupun interna) dan kehilangan cairan ekstra sel ke jaringan yang rusak (Smeltzer, 2015).

2. Sindrom emboli lemak

Pada saat terjadi fraktur, globula lemak dapat masuk kedalam darah karena tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler atau karena katekolamin yang dilepaskan oleh reaksi stress pasien akan memobilisasi asam lemak dan memudahkan terjadinya globula lemak dalam aliran darah. Globula lemak akan bergabung dengan trombosit membentuk emboli, yang kemudian menyumbat pembuluh darah kecil yang memasok otak, paru, ginjal, dan organ lain. Awitan gejalanya yang sangat cepat dapat terjadi dari beberapa jam sampai satu minggu setelah cedera, namun paling sering terjadi dalam 24 sampai 72 jam (Smeltzer, 2015).

3. Sindrom kompartemen

Sindrom kompartemen merupakan masalah yang terjadi saat perfusi jaringan dalam otot kurang dari yang dibutuhkan untuk jaringan, bisa disebabkan karena penurunan kompartemen otot (karena fasia yang membungkus otot terlalu ketat atau gips atau balutan yang menjerat) atau peningkatan isi kompartemen otot (karena edema atau perdarahan) (Smeltzer, 2015).

Komplikasi Lambat :

1. Penyatuan terlambat atau tidak ada penyatuan

Penyatuan terlambat terjadi bila penyembuhan tidak terjadi dengan kecepatan normal. Penyatuan terlambat mungkin berhubungan dengan infeksi sistemik dan distraksi (tarikan jauh) fragmen tulang.

2. Nekrosis avaskuler tulang

Nekrosis avaskuler terjadi bila tulang kehilangan asupan darah dan mati. Tulang yang mati mengalami kolaps atau diabsorpsi dan diganti dengan tulang baru (Smeltzer, 2015).

3. Reaksi terhadap alat fiksasi interna

Alat fiksasi interna biasanya diambil setelah penyatuan tulang telah terjadi, namun pada kebanyakan pasien alat tersebut tidak diangkat sampai menimbulkan gejala. Masalah yang dapat terjadi meliputi kegagalan mekanis (pemasangan dan stabilisasi yang tidak memadai), kegagalan material (alat yang cacat atau rusak), berkaratnya alat, respon alergi terhadap campuran logam yang dipergunakan (Smeltzer, 2015).

2.1.3 Pemeriksaan Penunjang

1 X-ray : untuk menentukan lokasi atau luasnya fraktur, mengetahui tempat dan tipe fraktur, biasanya diambil sebelum dan sesudah dilakukan operasi dan selama proses penyembuhan secara periodik.

Hal yang harus dibaca pada X-ray :

a. Bayangan jaringan lunak

- b. Tipis tebalnya korteks sebagai akibat reaksi periosteum atau biomekanik atau juga rotasi
 - c. Trobukulasi ada tidaknya *rare fraction*
 - d. Sela sendi serta bentuknya arsitektur sendi
- 2 Scan tulang : memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak
 - 3 Arteriogram : dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler
 - 4 Hitung darah lengkap : hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan, peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan
 - 5 Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal
 - 6 Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi atau cedera hati (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan terapi latihan menurut Kuncara (2011) dalam Pramaswary (2016) meliputi :

1. *Active exercise*

Pasien diinstruksikan untuk menggerakkan sendi melalui gerakan penuh atau parsial yang ada sesuai keinginannya sendiri. Tujuan latihan kisaran gerak aktif adalah menghindari kehilangan ruang gerak yang ada pada sendi. Latihan ini diindikasikan pada fase awal penyembuhan tulang, saat tidak ada atau sedikitnya stabilitas

pada tempat fraktur. Umpan balik sensorik langsung pada pasien dapat membantu mencegah gerakan yang dapat menimbulkan nyeri atau mempengaruhi stabilitas tempat fraktur.

2. *Active assisted* (gerak aktif dengan bantuan)

Pada latihan ini, pasien dilatih menggunakan kontraksi ototnya sendiri untuk menggerakkan sendi, sedangkan professional yang melatih, memberikan bantuan atau tambahan tenaga. Latihan ini paling sering digunakan pada keadaan kelemahan atau inhibisi gerak akibat nyeri atau rasa takut, atau untuk meningkatkan kisaran gerak yang ada. Pada latihan ini dibutuhkan stabilitas pada tempat fraktur, misalnya bila sudah ada penyembuhan tulang atau sudah dipasang fiksasi fraktur.

3. *Resisted exercise*

Latihan penguatan meningkatkan kemampuan dari otot. Latihan ini meningkatkan koordinasi unit motor yang menginvasi suatu otot serta keseimbangan antara kelompok otot yang bekerja pada suatu sendi. Latihan penguatan bertujuan untuk meningkatkan tegangan potensial yang dapat dihasilkan oleh elemen kontraksi dan statis suatu unit otot-tendon.

4. *Hold relax*

Hold riley adalah suatu latihan yang menggunakan otot secara isometrik kelompok antagonis dan diikuti relaksasi otot tersebut. Dengan kontraksi isometrik kemudian otot menjadi rileks sehingga gerakan kearah agonis lebih mudah dilakukan dan dapat mengulur

secara optimal. Tujuan dari latihan *hold riley* ini adalah untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan lingkup gerak sendi (LGS). Indikasi dilakukannya latihan *hold riley* ini adalah pasien yang mengalami penurunan lingkup gerak sendi (LGS), dan merasakan nyeri, serta kontra indikasinya adalah pasien yang tidak dapat melakukan kontraksi isometrik.

2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.2.1 Pengertian Mobilisasi dan Imobilisasi

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit, khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh). Lingkup mobilisasi mencakup *exercise* atau *range of motion* (ROM), ambulasi, *body mechanic* (Mubarak dkk, 2015).

Sedangkan Imobilisasi adalah ketidakmampuan untuk bergerak secara bebas. Pembatasan gerak dapat dilakukan untuk alasan fisik, emosional, intelektual, atau sosial. Faktor yang berhubungan dengan imobilitas meliputi keengganan untuk bergerak, penurunan kekuatan, kontrol, dan /atau massa otot, serta faktor yang berhubungan dengan pembatasan gerak yang diharuskan, termasuk protokol mekanis atau medis (Kneale & Peter, 2011).

2.2.2 Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah. Gangguan mobilitas fisik dapat terjadi secara tiba-tiba, seperti pada pasien yang mengalami fraktur karena kecelakaan lalu lintas, atau dapat muncul secara perlahan, seperti pada pasien yang mengalami *arthritis rematoid* yang secara bertahap, mengalami kesulitan dalam menggunakan tangan mereka untuk melakukan aktivitas perawatan diri (Kneale & Peter, 2011).

2.2.3 Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

1. Ketidakmampuan bergerak dalam lingkungan fisik, meliputi mobilitas di tempat tidur, perpindahan, dan ambulasi
2. Penurunan kekuatan, kontrol, atau masa otot
3. Gangguan koordinasi
4. Pembatasan gerak yang diharuskan, meliputi protokol pembatasan mekanis atau medis
5. Keterbatasan rentang gerak
6. Keengganan melakukan gerak (Kneale & Peter, 2011).

2.2.4 Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), penyebab masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik meliputi :

1. Kerusakan integritas struktur tulang
2. Perubahan metabolisme
3. Ketidakbugaran fisik

4. Penurunan kendali otot
5. Penurunan massa otot
6. Penurunan kekuatan otot
7. Keterlambatan perkembangan
8. Kekakuan sendi
9. Kontraktur
10. Malnutrisi
11. Gangguan muskuloskeletal
12. Gangguan neuromuskular
13. Indeks massa tubuh di atas persentil ke 75 sesuai usia
14. Efek agen farmakologis
15. Program pembatasan gerak
16. Nyeri
17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
18. Kecemasan
19. Gangguan kognitif
20. Keengganan melakukan pergerakan
21. Gangguan sensoripersepsi

2.2.5 Dampak Gangguan Mobilitas Fisik

Dampak Gangguan mobilitas fisik pada mobilisasi memengaruhi semua aktivitas kehidupan. Selain itu ketidakaktifan muskuloskeletal yang sudah pasti atau tidak dapat dihindari meningkatkan risiko masalah *disuse*, seperti tromboembolisme vena dan dekubitus (Kneale & Peter, 2011).

2.2.6 Metode Pembatasan Gerak

1. Tarikan (*traksi*)
2. Pemasangan gips
3. Pembalutan dan pembebatan
4. Fiksasi internal, pembatasan gerak karena kerusakan tulang
5. Fiksasi eksternal fraktur dengan pin atau kawat yang dipasang pada tulang dan dihubungkan dengan cincin atau batang eksternal
6. Pemasangan alat eksternal-ortosis (Kneale & Peter, 2011).

2.3 Konsep *Range Of Motion* (ROM) dan Ambulasi

2.3.1 *Range of Motion* (ROM)

1. Pengertian

Range Of Motion (ROM) adalah tindakan/latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, diabilitas, atau trauma (Bakara dkk,2016). ROM dibagi menjadi dua yaitu latihan gerak aktif dan latihan gerak pasif. Latihan gerak aktif adalah latihan gerak yang dilakukan dengan menggerakkan masing-masing persendian sesuai dengan rentang gerak normal dari kepala sampai kaki secara aktif. Latihan gerak pasif adalah latihan pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendian pasien sesuai dengan rentang geraknya.

2. Tujuan




Mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien (Bakara dkk, 2016).


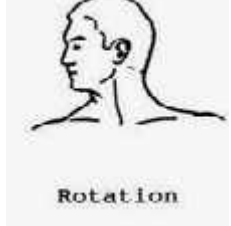
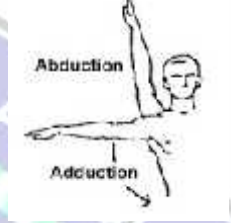

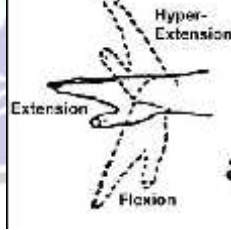
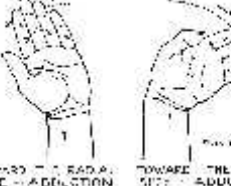
3. Indikasi ROM

- 1) Kelemahan otot
- 2) Fase rehabilitasi fisik
- 3) Klien dengan tirah baring lama
- 4) Pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik.
- 5) Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak.

4. Gerakan ROM

Tabel 2.1 Gerakan *Range of Motion* (ROM)

Gerak Sendi	Gambar	Derajat Rentang Normal
Leher :		
Fleksi : menggerakkan dagu menempel ke dada	 Flexion	45 ⁰
Ekstensi : mengembalikan kepala ke posisi tegak	 Extension	45 ⁰
Hiperekstensi : menekukkan kepala ke belakang sejauh mungkin	 Hyper-extension	40 ⁰ - 45 ⁰

<p>Fleksi lateral : memiringkan kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu</p>	 <p>Lateral flexion</p>	<p>40⁰ - 45⁰</p>
<p>Rotasi : memutar kepala</p>	 <p>Rotation</p>	<p>180⁰</p>
<p>Bahu : Abduksi : gerakan lengan ke lateral dari posisi samping ke atas kepala, telapak tangan menghadap ke posisi yang paling jauh</p>	 <p>Abduction Adduction</p>	<p>180⁰</p>
<p>Siku : Flexi : angkat lengan bawah ke arah depan dan ke arah atas menuju bahu</p>		<p>150⁰</p>
<p>Pergelangan tangan : Flexi : tekuk jari-jari tangan ke arah bagian dalam lengan bawah Ekstensi : luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi Hiperekstensi : tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin</p>	 <p>Hyper-Extension Extension Flexion</p>	<p>80⁰ - 90⁰ 80⁰ - 90⁰ 70⁰ - 90⁰</p>
<p>Abduksi : tekuk pergelangan tangan ke sisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap ke atas Adduksi : tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking telapak tangan menghadap ke atas</p>	 <p>TOWARD THE RADIAL SIDE - ABDUCTION TOWARD THE ULNAR SIDE - ADDUCTION</p>	<p>0⁰ - 20⁰ 30⁰ - 50⁰</p>

Tangan dan jari :		
Fleksi : buat kepalan tangan		90 ⁰
Ekstensi : Luruskan jari		90 ⁰
Hiperekstensi : tekuk jari-jari tengah kebelakang sejauh mungkin		30 ⁰
Abduksi : kembangkan jari tangan		20 ⁰
Adduksi : rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi		20 ⁰
Pinggul :		
Fleksi : menggerakkan tungkai ke depan dan atas		90 ⁰ - 120 ⁰
Ekstensi : menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain		90 ⁰ - 120 ⁰
Lutut :		
Fleksi : menggerakkan tumit ke arah belakang paha		120 ⁰ - 130 ⁰
Ekstensi : mengembalikan tungkai ke lantai		120 ⁰ - 130 ⁰
Kaki :		
Dorso fleksi : menggerakkan sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas		20 ⁰ - 30 ⁰
Plantar fleksi : menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah		45 ⁰ - 50 ⁰

Sumber: Bakara dkk (2016)

2.3.2 Ambulasi

1. Pengertian

Ambulasi dini adalah tahapan kegiatan yang dilakukan segera pada pasien pasca operasi dimulai dari bangun dan duduk sampai pasien turun dari tempat tidur dan mulai berjalan dengan bantuan alat sesuai dengan kondisi pasien (Hernawilly dan Fatonah, 2012).

2. Tujuan

- 1) Untuk memenuhi kebutuhan aktivitas
- 2) Memenuhi kebutuhan ambulasi
- 3) Mempertahankan kenyamanan
- 4) Mempertahankan toleransi terhadap aktivitas
- 5) Mempertahankan control diri pasien
- 6) Memindahkan pasien untuk pemeriksaan (Yanti, 2010).

3. Manfaat

- 1) Memelihara dan mengembalikan fungsi otot.
- 2) Mencegah kelainan bentuk, seperti kaki menjadi bengkok.
- 3) Mencegah komplikasi, seperti otot mengecil dan kekakuan sendi
- 4) Memelihara dan meningkatkan kekuatan otot (Yanti, 2010).

4. Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan

- 1) Ketika merencanakan untuk memindahkan pasien, atur untuk bantuan yang adekuat. Gunakan alat bantu mekanik jika bantuan tidak mencukupi
- 2) Dorong klien untuk membantu sebanyak mungkin sesuai kemampuan

- 3) Jaga punggung, leher, pelvis, dan kaki lurus. Cegah terpelintir
- 4) Fleksikan lutut, buat kakai tetap lebar
- 5) Dekatkan tubuh perawat dengan klien (objek yang diangkat)
- 6) Gunakan lengan atau tungkai (bukan punggung)
- 7) Tarik klien kearah penariknya menggunakan spreii.
- 8) Rapatkan otot abdomen dan gluteal untuk persiapan bergerak
- 9) Seseorang dengan beban yang sangat berat diangkat bersama dengan dipimping seseorang dengan menghitung sampai tiga

5. Prosedur ambulasi

Menurut (Yanti, 2010) prosedur ambulasi adalah sebagai berikut:

- 1) Duduk diatas tempat tidur
 - a. Tempatkan klien pada posisi terlentang
 - b. Pindahkan semua bantal
 - c. Posisi menghadap kepala tempat tidur
 - d. Regangkan kedua kaki perawat dengan kaki paling dekat ke kepala tempat tidur di belakang kaki yang lain.
 - e. Tempatkan tangan yang lebih jauh dari klien di bawah bahu klien, sokong kepalanya dan vetebra servikal.
 - f. Tempatkan tangan perawat yang lain pada permukaan tempat tidur.
 - g. Angkat klien ke posisi duduk dengan memindahkan berat badan perawat dari depan kaki ke belakang kaki.
 - h. Dorong melawan tempat tidur dengan tangan di permukaan tempat tidur

2) Duduk disisi tempat tidur

- a. Tempatkan px pada posisi miring, menghadap perawat di sisi tempat tidur tempat ia akan duduk.
- b. Pasang pagar tempat tidur pada sisi 2. yang berlawanan.
- c. Tinggikan kepala tempat tidur pada ketinggian yang dapat ditoleransi pasien.
- d. Berdiri pada sisi panggul klien yang berlawanan.
- e. Balikkan secara diagonal sehingga perawat berhadapan dengan pasien dan menjauh dari sudut tempat tidur.
- f. Regangkan kaki perawat dengan kaki palingdekat ke kepala tempat tidur di depan kaki yang lain
- g. Tempatkan lengan yang lebih dekat ke kepala tempat tidur di bawah bahu pasien, sokong kepala dan lehernya
- h. Tempatkan tangan perawat yang lain di atas paha pasien.
- i. Pindahkan tungkai bawah klien dan kaki ke tepi tempat tidur.
- j. Tempatkan poros ke arah belakang kaki, yang memungkinkan tungkai atas pasien memutar ke bawah.
- k. Pada saat bersamaan, pindahkan berat badan perawat ke belakang tungkai dan angkat pasien.
- l. Tetap didepan pasien sampai mencapai keseimbangan.
- m. Turunkan tinggi tempat tidur sampai kaki menyentuh lantai

3) Memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi

- a. Bantu pasien ke posisi duduk di tepi tempat tidur. Buat posisi kursi pada sudut 45 derajat terhadap tempat tidur. Jika

- menggunakan kursi roda, yakinkan bahwa kusi roda dalam posisi terkunci.
- b. Pasang sabuk pemindahan bila perlu, sesuai kebijakan lembaga.
 - c. Yakinkan bahwa klien menggunakan sepatu yang stabil dan antislip.
 - d. Regangkan kedua kaki perawat.
 - e. Fleksikan panggul dan lutut perawat, sejajarkan lutut perawat dengan pasien
 - f. Pegang sabuk pemindahan dari bawah atau gapai melalui aksila pasien dan tempatkan tangan pada skapula pasien.
 - g. Angkat pasien sampai berdiri pada hitungan 3 sambil meluruskan panggul dan kaki, pertahankan lutut agak fleksi.
 - h. Pertahankan stabilitas kaki yang lemah atau sejajarkan dengan lutut perawat.
 - i. Berporos pada kaki yang lebih jauh dari kursi, pindahkan pasien secara langsung ke depan kursi
 - j. Instruksikan pasien untuk menggunakan penyangga tangan pada kursi untuk menyokong.
 - k. Fleksikan panggul perawat dan lutut saat menurunkan pasien ke kursi.
 - l. Kaji klien untuk kesejajaran yang tepat.
 - m. Stabilkan tungkai dengan selimut mandi

- n. Ucapkan terima kasih atas upaya pasien dan puji pasien untuk kemajuan dan penampilannya.
- o. Membantu Berjalan
- p. Anjurkan pasien untuk meletakkan tangan di samping badan atau memegang telapak tangan perawat.
- q. Berdiri di samping pasien dan pegang telapak dan lengan bahu pasien.
- r. Bantu pasien berjalan

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama yang paling penting dalam proses keperawatan. Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik (Herdman, 2015).

1. Identitas

Kebanyakan fraktur femur terjadi pada pria muda yang mengalami kecelakaan kendaraan bermotor atau jatuh dari ketinggian dan pada lansia juga bisa terjadi karena degenerasi tulang (osteoporosis) (Muttaqin, 2012).

2. Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Biasanya hasil pemeriksaan pergerakan yang didapat adalah adanya gangguan/keterbatasan gerak tungkai, didapatkan ketidakmampuan menggerakkan kaki dan penurunan kekuatan otot

ekstremitas bawah dalam melakukan pergerakan. Karena timbulnya nyeri dan keterbatasan gerak, semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain (Muttaqin, 2012).

Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

- a. (P) *Provoking Incident* : apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b. (Q) *Quality of Pain* : seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c. (R) *Region* : apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d. (S) *Severity (Scale) of Pain* : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e. (T) *Time* : berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3. Riwayat penyakit sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur femur yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien, berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut. Pada pasien fraktur/ patah tulang dapat disebabkan oleh

trauma/ kecelakaan, degeneratif dan patologis yang didahului dengan perdarahan, kerusakan jaringan sekitar yang mengakibatkan nyeri, bengkak, kebiruan, pucat/ perubahan warna kulit dan kesemutan (Wicaksono, 2016).

4. Riwayat penyakit dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka sangat beresiko terjadinya osteomielitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang (Padila, 2012 dalam Andini, 2018).

5. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik. Kemungkinan lain anggota keluarga yang mengalami gangguan seperti yang dialami klien atau gangguan tertentu yang berhubungan secara langsung dengan gangguan hormonal seperti:

- a. Obesitas
- b. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
- c. Kelainan pada kelenjar tiroid
- d. Diabetes melitus

e. Infertilitas (Purwanto, 2016).

6. Riwayat psikososial

Merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari (Padila, 2012 dalam Andini, 2018). Mungkin klien akan merasakan cemas yang diakibatkan oleh rasa nyeri dari fraktur, perubahan gaya hidup, kehilangan peran baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat, dampak dari hospitalisasi rawat inap dan harus beradaptasi dengan lingkungan yang baru serta ketakutan terjadi kecacatan pada dirinya.

7. Pola kesehatan sehari-hari

a. Pola nutrisi

Asupan nutrisi yang seimbang, khususnya kalori, protein, kalsium, dan serat tambahan, memungkinkan pemulihan fraktur dan luka bedah serta memberikan energi lebih banyak untuk mobilisasi dan rehabilitasi. Vitamin C diketahui sangat penting dalam proses penyembuhan dan terbukti bahwa suplemen vitamin C mempercepat pemulihan. Cara paling mudah memberikan nutrisi tambahan adalah memotivasi pasien untuk makan lebih banyak dengan memastikan bahwa makanan tersedia dalam bentuk yang sesuai, jumlah yang tepat, pada waktu yang tepat, dan secara fisik pasien mampu untuk makan (Kneale & Peter, 2011).

b. Pola eliminasi

Pola eliminasi dapat dikaji dengan melihat frekuensi, konsistensi, warna serta bau feses pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi urin dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah urine. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak dalam BAK maupun BAB.

Masalah perkemihan, khususnya infeksi dan retensi urine, lazim disebabkan oleh imobilisasi dan stasis urine. Retensi urine sering terjadi sesudah pembedahan (Kneale & Peter, 2011).

c. Pola aktivitas

Semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain karena adanya keterbatasan gerak atau kehilangan fungsi motorik pada bagian yang terkena (dapat segera atau sekunder, akibat pembengkakan atau nyeri) (Lukman & Ningsih, 2012).

d. Pola istirahat tidur

Pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur. Semua klien fraktur timbul rasa nyeri dan keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat menimbulkan kesulitan dalam istirahat-tidur akibat dari nyeri (Lukman & Ningsih, 2012).

8. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Meliputi pengkajian kesadaran dan tanda-tanda vital klien. Pada fase awal cedera disertai perubahan nadi, perfusi yang tidak baik (akral dingin pada sisi lesi), dan CRT < 3 detik pada bagian distal kaki yang merupakan respons terhadap pembengkakan pada bagian proksimal betis (Muttaqin, 2012).

b. Kepala dan muka

Pada pemeriksaan kepala umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dapat dikaji untuk penyebaran dan ketebalan rambut, bentuk kepala, adanya lesi, adanya edema, dan nyeri tekan.

c. Mata

Pada pemeriksaan mata umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Namun dapat dikaji kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, adanya strabismus dan nistagmus, adanya ptosis, warna konjungtiva apakah anemis atau tidak, warna sklera, dan reflek pupil.

d. Hidung

Pada pemeriksaan hidung umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dari pemeriksaan hidung dapat diamati posisi septum, rongga hidung (adanya lesi, perdarahan, secret, polip), dan ada tidaknya nyeri tekan.

e. Telinga

Pada pemeriksaan telinga umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Namun dapat dikaji kesimetrisan telinga kanan dan kiri, adanya lesi, adanya perdarahan, adanya serumen, dan adanya nyeri tekan pada telinga.

f. Mulut

Pada pemeriksaan mulut umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dapat dikaji ada tidaknya kelainan kongenital, bibir sumbing, warna bibir ada sianosis atau tidak, adanya lesi, kesimetrisan ovula, dan ada tidaknya pembengkakan tonsil.

g. Leher

Pada pemeriksaan leher umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dari pemeriksaan leher dapat dikaji mengenai kesimetrisan leher, adanya pembesaran kelenjar tiroid, adanya pembengkakan vena jugularis, dan adanya nyeri tekan.

h. Dada/ *Thorax*

a) Paru

Dikaji bentuk dada, adanya retraksi intercosta, kesimetrisan dada saat inspirasi dan ekspirasi, adanya lesi, fokal fremitus antara dada kanan dan kiri, adanya nyeri tekan, perkusi paru umumnya sonor, dan auskultasi suara nafas adakah suara nafas tambahan.

b) Jantung

Dikaji adanya bayangan vena di dada, adanya kardiomegali, palpasi jantung normalnya berada di ICS 5 sepanjang 1 cm, perkusi jantung normalnya pekak, dan auskultasi jantung normalnya bunyi jantung 1 di ICS 5 midklavikula ICS 4 terdengar tunggal dan bunyi jantung 2 di ICS 2 sternum kanan dan kiri terdengar tunggal.

i. Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dapat dikaji adanya lesi dan jaringan parut, adanya massa atau abses, auskultasi bising usus, perkusi abdomen normalnya timpani, palpasi adanya nyeri tekan.

j. Ekstremitas

Hasil pemeriksaan yang didapat adalah adanya gangguan/keterbatasan gerak tungkai, didapatkan ketidakmampuan menggerakkan kaki dan penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dalam melakukan pergerakan. Adanya nyeri tekan (*tenderness*) dan krepitasi pada daerah paha. Klien fraktur femur mengalami komplikasi *delayed union*, *non-union*, dan *malunion*. Kondisi yang paling sering ditemukan di klinik adalah *malunion* terutama pada klien fraktur femur yang telah lama dan mendapat intervensi dari dukun patah. Pada pemeriksaan *look*, akan ditemukan adanya pemendekan ekstremitas dan derajat pemendekan akan lebih jelas dengan cara

mengukur kedua sisi tungkai dari spina iliaka ke maleolus (Muttaqin, 2012). Derajat kekuatan otot dapat ditentukan dengan:

Tabel 2.2 Kekuatan otot

Skala	Presentase kekuatan normal	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi 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

Sumber : Hidayat (2009).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan ini merupakan kesimpulan atas pengkajian yang dilakukan terhadap pasien, diagnosis keperawatan ini adalah masalah keperawatan pasien sebagai akibat atau respon pasien terhadap penyakit yang ia alami. Diagnosis Keperawatan ini dapat ditegaskan dalam 3 (tiga) kategori/jenis, yaitu : aktual, potensial/resiko, resiko tinggi (Purwanto, 2016).

Dari latar belakang yang sudah dibuat, maka peneliti mengambil diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuskular atau nyeri atau kerusakan integritas struktur tulang atau program pembatasan gerak (imobilisasi).

2.4.3 Intervensi

Intervensi merupakan tahapan selanjutnya dalam asuhan keperawatan setelah tahapan pengkajian dan diagnosis keperawatan. Dalam merencanakan tindakan sangat tergantung pada diagnosis yang diangkat, kondisi pasien dan sarana prasarana rumah sakit tempat pasien tersebut dirawat (Purwanto, 2016).

Tabel 2.3 Rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	<p>Gangguan mobilitas fisik Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Penyebab Kerusakan integritas struktur tulang</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif: 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>Objektif : 2. Kekuatan otot menurun 3. Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak</p>	<p>Mobilitas fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi

<p>2. Enggan melakukan pergerakan</p> <p>3. Merasa cemas saat bergerak</p>	<p>sedehana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
<p>Objektif :</p> <p>1. Sendi kaku</p> <p>2. Gerakan tidak terkoordinasi</p> <p>3. Gerakan terbatas</p> <p>4. Fisik lemah</p>	<p>Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</p> <p>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</p> <p>5. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik</p> <p>6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</p> <p>8. Anjurkan melakukan ambulasi dini</p> <p>9. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).</p>

Sumber: SDKI (2016); SLKI (2018); SIKI (2018).

Mobilisasi khususnya ROM sangat efektif dalam proses penyembuhan fraktur. Hal ini didukung dengan penelitian-penelitian

yang pernah dilakukan. Menurut beberapa jurnal yang diperoleh yaitu diantaranya:

1. Literatur 1

Penelitian oleh Reni Prima Gusty dan Armayanti tahun 2014 yang berjudul “Pemberian Latihan Rentang Gerak Terhadap Fleksibilitas Sendi Anggota Gerak Bawah Pasien Fraktur Femur Terpasang Fiksasi Interna Di RSUP. Dr. M. Djamil Padang”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian latihan rentang gerak terhadap fleksibilitas sendi anggota gerak bawah pada pasien fraktur femur terpasang fiksasi interna di Ruang Trauma Centre RSUP Dr. M. Djamil Padang. Penelitian ini menggunakan desain *Quasy Eksperiment* dengan pendekatan *Post Test Only Control Group Design*.

Populasi dalam penelitian adalah seluruh pasien fraktur femur yang terpasang fiksasi interna di ruang rawat inap Trauma Centre RSUP Dr. M. Djamil Padang selama bulan Oktober 2012 sampai dengan Desember 2013 dengan rata-rata perbulan 10 - 15 orang pasien. Sampel yang telah diambil adalah 10 orang kelompok eksperimen dan 10 orang kelompok kontrol.

Hasil dari penelitian ini adalah pada kelompok eksperimen didapatkan rata-rata fleksibilitas sendi setelah diberikan latihan rentang gerak yaitu pada fleksi sendi panggul $68,5^0$, fleksi sendi lutut 61^0 , dorsofleksi pergelangan kaki $12,5^0$ dan plantarfleksi pergelangan kaki 47^0 . Pada kelompok kontrol didapatkan rata-rata fleksibilitas

sendi setelah dilakukan gerakan tidak sesuai aturan penelitian yaitu fleksi sendi panggul $45,5^0$, fleksi sendi lutut $15,5^0$, dorsofleksi pergelangan kaki $1,5^0$ dan plantarfleksi pergelangan kaki $33,5^0$. Berdasarkan hasil uji statistik *Mann Whitney* dapat disimpulkan ada perbedaan yang bermakna fleksibilitas sendi anggotak gerak bawah antara kelompok eksperimen yang diberikan latihan rentang gerak dengan kelompok kontrol yang melakukan latihan rentang gerak tidak sesuai aturan penelitian.

2. Literatur 2

Penelitian oleh Ririn Purwanti dan Wahyu Purwaningsih tahun 2013 berjudul “Pengaruh Latihan *Range Of Motion* (ROM) Aktif Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Post Operasi Fraktur Humerus Di Rsud Dr. Moewardi”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh latihan *Range of Motion* (ROM) aktif terhadap kekuatan otot pada pasien post operasi fraktur humerus di RSUD Dr. Moewardi. Jenis penelitian yang digunakan yaitu kuantitatif dengan desain penelitian *Pre Eksperiment Design* dengan rancangan *One Group Pre-Post Test*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post operasi fraktur humerus di ruang rawat inap bedah di RSUD Dr. Moewardi sebanyak 150, peneliti menetapkan jumlah sampel sebanyak 30 orang dengan pengambilan sampel menggunakan purposive sampling.

Hasil dari penelitian ini adalah sebelum dilakukan latihan ROM aktif, sebagian besar (16 responden) dengan skala otot 0 atau paralisis

total (tidak ada kontraksi otot). Setelah dilakukan latihan ROM aktif, sebagian besar (11 responden) dengan skala kekuatan otot 2 atau kontraksi otot yang cukup kuat menggerakkan sendi (buruk) dan sebagian kecil (5 responden) dengan skala otot 4 mengalami kontraksi otot yang cukup kuat dapat menggerakkan sendi melawan gaya gravitasi dan tahanan atau baik. Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh signifikan pada latihan *Range of Motion* (ROM) aktif terhadap kekuatan otot pada pasien post operasi fraktur humerus di RSUD Dr. Moewardi.

3. Literatur 3

Penelitian oleh Elham Eka Ermawan tahun 2016 berjudul “Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Post ORIF fraktur Femur di RSOP Dr. Soeharso Surakarta”. Tujuan dari penelitian ini adalah agar memahami asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa post operasi fraktur femur di bangsal Parang Kusumo RSOP Dr. Soeharso Surakarta. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dan menggunakan 1 responden.

Hasil dari penelitian ini adalah analisis pemberian ROM pada Ny. S dengan post operasi fraktur femur yaitu efektif dalam meningkatkan mobilitas fisik klien, hal ini bisa dibuktikan dari hasil evaluasi selama 3 hari yaitu hari pertama hanya bisa digerakkan 150° , hari kedua 90° dengan bantuan, dan hari ketiga 90° ditambah beban dan sudah mulai belajar berjalan dengan alat bantu kruk.

Kajian Keislaman:

Allah SWT berfirman dalam Quran Surah Yasin Ayat 78-79 :

() وَهِيَ رَمِيمٌ الْعِظَمَ ۖ قَالَ مَنْ يُحْيِي لَنَا مَثَلًا وَنَسِيَ خَلْقَهُ
 أَنْشَأَهَا أَوَّلَ مَرَّةٍ ۖ وَهُوَ بِكُلِّ خَلْقٍ عَلِيمٌ الَّذِي فُلْنَ يُحْيِيهَا

Artinya :

“Dan dia (yang durhaka itu) membuat bagi Kami satu perumpamaan; sedangkan dia melupakan kejadian (diri) nya; dia berkata: ‘Siapakah yang dapat menghidupkan tulang belulang, padahal ia telah hancur luluh?’ Katakanlah (Nabi Muhammad SAW): “Ia akan dihidupkan oleh Yang menciptakannya pada kali pertama. Dan Dia Maha Mengetahui segala ciptaan.” (QS: Yasin Ayat 78-79).

Kedua ayat di atas menurut Ibnu Jarir al-Thabari sebagaimana tertuang dalam Jami’ al-Bayan fi Ta’wil al-Quran bersumber dari tiga jalur riwayat dari Muhammad bin ‘Umarah dari Mujahid, dari Muhammad bin Amr dari Mujahid, dan dari Basyar dari Qatadah, berkata bahwa ayat di atas bercerita tentang Ubay bin Khalaf. Diriwayatkan bahwa suatu ketika Ubay bin Khalaf mendatangi Rasulullah SAW dengan membawa tulang unta yang dibungkus. Ubay kemudian membuka bungkusan itu dan melemparkannya sehingga terbuka lalu diremukannya tulang itu seraya berkata kepada Nabi, “Hai Muhammad! Siapa yang akan menghidupkan tulang hancur ini?” Nabi Muhamamd SAW menimpali, “Allah SWT yang menghidupkan dan mematikan, dan akan memasukkanmu ke dalam neraka.” Pada

akhirnya Ubay bin Khalaf terbunuh oleh pasukan Muslim dalam perang Uhud (Imaduddin, 2020).

Prof. Khasawneh mengatakan shalat bisa menghapuskan tekanan fisik, stres hingga kecemasan. Ritual shalat juga bisa mengefektifkan perawatan klinis pada pasien dengan disfungsi syaraf atau otot. Direktur Halimun Center (HMC) dr Briliantono M Soenarwo (SpOT) mengatakan gerakan shalat sangat baik untuk persendian, tulang, dan otot. Gerakan shalat bermanfaat bagi kelenturan sendi, kekuatan tulang, dan memperbesar kemampuan otot. Bagi yang tidak mampu melakukan gerakan shalat atau sedang sakit dengan sempurna, meskipun gerakan shalat dilakukan dari atas tempat tidur manfaat yang didapatkan akan tetap sama (Rostanti & Firmansyah, 2017).

Berdasarkan sabda Rasulullah dan Sunahnya, apabila sedang sakit wajib berobat. Disamping itu juga harus bersabar, karena orang yang sakit dan bersabar adalah surga.

“Berobatlah kalian wahai hamba-hamba Allah swt, karena Allah swt tidak menciptakan penyakit melainkan juga menciptakan obat-Nya, kecuali satu penyakit yang tidak ada obatnya yaitu penyakit tua (pikun).”

(HR. Abu-Daud).


2.4.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Semua kegiatan yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien harus direncanakan untuk menunjang tujuan pengobatan medis, dan memenuhi tujuan rencana keperawatan.

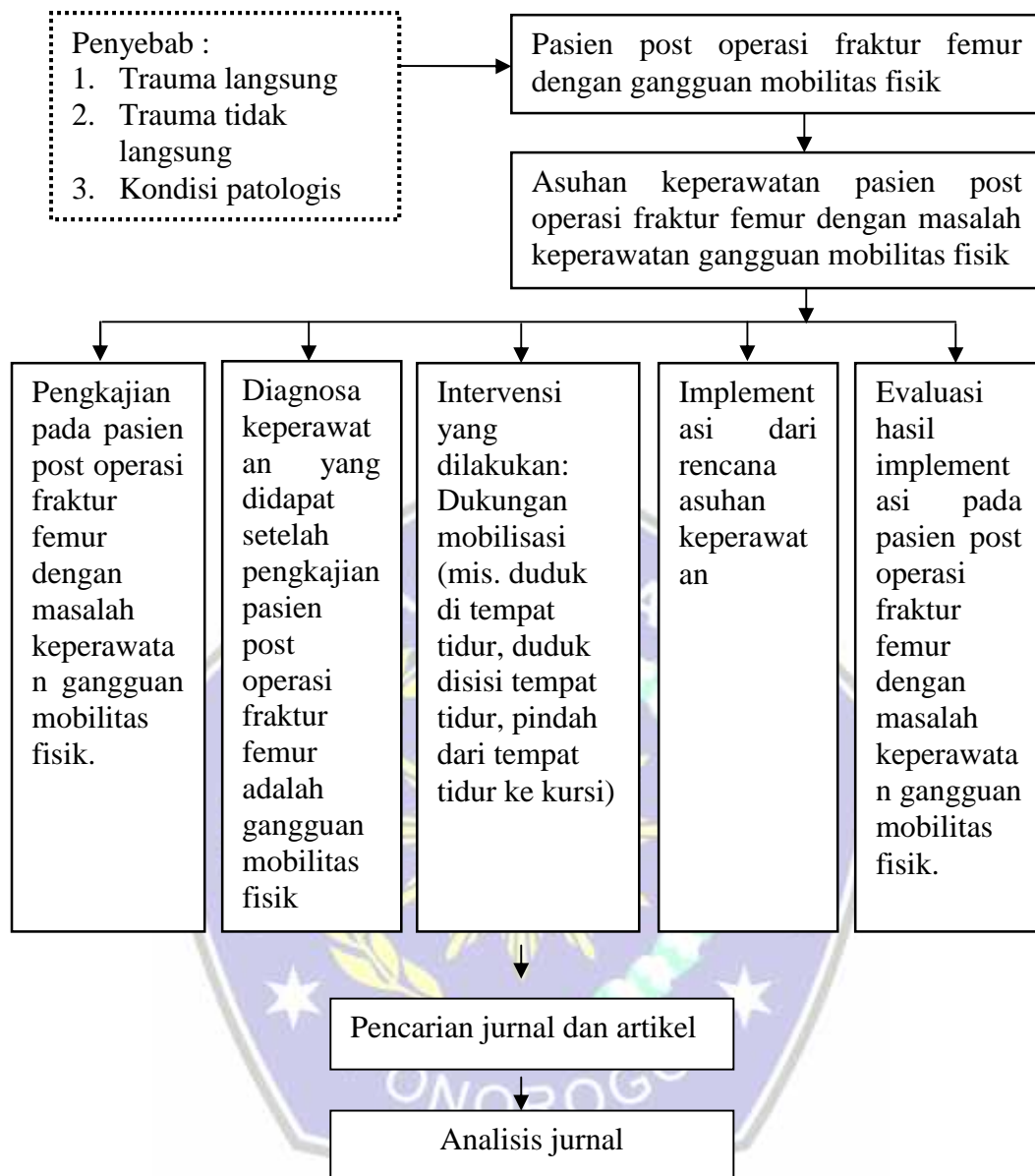
Implementasi rencana asuhan keperawatan berarti perawat mengarahkan, menolong, mengobservasi dan mendidik semua personil keperawatan dan pasien, termasuk evaluasi perilaku dan pendidikan, merupakan supervisi keperawatan yang penting (Hidayah, 2014).

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari asuhan keperawatan, dimana pada tahapan ini mengevaluasi apakah tindakan yang dilakukan sudah efektif atau belum untuk mengatasi masalah keperawatan pasien atau dengan kata lain, tujuan tersebut tercapai atau tidak. Evaluasi ini sangat penting karena manakala setelah dievaluasi ternyata tujuan tidak tercapai atau tercapai sebagian, maka harus di reassesment kembali kenapa tujuan tidak tercapai (Purwanto, 2016). Dalam evaluasi menggunakan metode SOAP (subyektif, obyektif, *assessment*, *planning*).

The image contains a large, semi-transparent watermark logo of Universitas Muhammadiyah Ponorogo. The logo is circular with a purple border and features a central sunburst emblem. The text 'UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH' is written along the top inner edge, and 'PONOROGO' is written along the bottom inner edge. There are two white stars on either side of the bottom text.

2.5 Hubungan Antar Konsep



Keterangan :

□ : konsep utama yang ditelaah

□ : tidak ditelaah

— : berhubungan

→ : berpengaruh

Gambar 2.3 Kerangka hubungan antar konsep asuhan keperawatan post operasi fraktur femur dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik