

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILISASI
PADA PASIEN TN.T DENGAN FRAKTUR NECK FEMUR DI
LANTAI V PAVILIUN ERI SOEDEWO
RSPAD GATOT SOEBROTO**

KARYA TULIS ILMIAH



Disusun Oleh :

LINTANG PERMATASARI

NIM. 2036088

YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA

STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO

PRODI DIII KEPERAWATAN

TA 2022/2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILISASI
PADA PASIEN TN.T DENGAN FRAKTUR NECK FEMUR DI
LANTAI V PAVILIUN ERI SOEDEWO
RSPAD GATOT SOEBROTO**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Ujian Akhir
Program D3 Keperawatan



Disusun Oleh :

LINTANG PERMATASARI

NIM. 2036088

YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA

STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO

PRODI DIII KEPERAWATAN

TA 2022/2023

PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Lintang Permatasari
NIM : 2036088
Program Studi : D-III Keperawatan
Angkatan : XXXVI / 36

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tugas akhir saya yang berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILISASI PADA PASIEN TN.T DENGAN FRAKTUR NECK FEMUR DI LANTAI V PAVILIUN ERI SOEDEWO RSPAD GATOT SOEBROTO.

Apabila dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 06 juli 2023

Yang menyatakan,

Materai
Rp.10.000

(Lintang Permatasari)
2036088

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILISASI
PADA PASIEN TN.T DENGAN FRAKTUR NECK FEMUR DI
LANTAI V PAVILIUN ERI SOEDEWO
RSPAD GATOT SOEBROTO**

TAHUN 2023

Karya Tulis Ilmiah Ini telah diperiksa, disetujui dan siap untuk dipertahankan dihadapan tim penguji pada Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Jakarta, 6 Juli 2023

Menyetujui
Pembimbing

(Ns. Kristianawati, S.Kep. M.Biomed)
NIDK. 9903261500

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILISASI
PADA PASIEN TN.T DENGAN FRAKTUR NECK FEMUR DI
LANTAI V PAVILIUN ERI SOEDEWO
RSPAD GATOT SOEBROTO**

Telah disetujui dan diperiksa, untuk dipertahankan didepan Tim Penguji KTI
Prodi D3 Keperawatan STIKES RSPAD Gatot Soebroto

Penguji I

Penguji II

Ns. Kristianawati, S.Kep. M.Biomed
NIDK. 9903261500

Ns. Laurentia Dewi, M.Kep
NIDK. 8870233420

Mengetahui
Ketua STIKES RSPAD Gatot Soebroto

Didin Syaefudin, S.Kp., MARS
NIDK. 8995220021

RIWAYAT HIDUP

Nama : Lintang Permatasari
Tempat, Tanggal Lahir : Tegal, 13 Februari 2002
Agama : Islam
Alamat : Kp. Locomotif RT 005/005 Kaliabang
Tengah Kecamatan Bekasi Utara, Kota Bekasi



Riwayat Pendidikan :

1. TK Nurul Qibtiyah Lulus Tahun 2008
2. SD Kaliabang Tengah V Lulus Tahun 2014
3. SMPN 19 Bekasi Lulus Tahun 2017
4. SMK KESEHATAN Fahd Islamic School Lulus Tahun 2020
5. STIKes RSPAD Gatot Soebroto Lulus Tahun 2023

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT., berkat Rahmat dan bimbinganNya saaya dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Pasien Tn.T Dengan Fraktur Neck Femur Di Lantai V Paviliun Eri Soedewo RSPAD GATOT SOEBROTO Tahun 2023”**. Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan Pendidikan Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto. Penelitian ini menyadari sepenuhnya bahwa terselesaikannya karya tulis ilmiah ini berkat bimbingan, bantuan dan kerjasama serta dorongan berbagai pihak sehingga dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini dengan segala hormat penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Didin Syaefudin, S. Kp, MARS, selaku Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan program D-III Keperawatan.
2. Memed Sena Setiawan, S. Kp, Pd, MM. selaku Wakil Ketua I , F. Dwi Basuki, S.Sos, MARS selaku Wakil Ketua II dan Hendik Wicaksono, S.Kep, M.Kes selaku Wakil Ketua III STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan program keperawatan.
3. Ns. Ita, S. Kep, M. Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan program D-III Keperawatan
4. Ns. Kritianawati, S. Kep, M. Biomed, selaku pembimbing dan penguji I yang senantiasa meluangkan waktunya, memberikan banyak masukan, bimbingan serta arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Laurentia Dewi, M. Kep, selaku penguji II yang telah meluangkan waktunya dan memberikan arahan kepada penulis.
6. Kaur, CI beserta seluruh staff perawat di ruang perawatan lantai V Pavilliun Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto yang senantiasa memberikan informasi

dan bimbingan selama penulis berdinas dan memberikan asuhan keperawatan pada klien Tn.T

7. Klien Tn.T dan juga keluarga klien yang mau bekerjasama dengan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan.
8. Seluruh Dosen dan Staff STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang memberikan banyak ilmu yang bermanfaat dan bantuan sehingga dapat menyelesaikan Pendidikan D-III Keperawatan
9. Untuk ayah, mama tercinta yang selalu memberikan semangat, mendoakan dan selalu memberi dukungan yang sangat baik selama menjalani Pendidikan.
10. Untuk teman-teman SMP (Esra, Kevina, Alyya, Inetz) terimakasih selalu ada disetiap suka dan duka, selalu memberikan support terbaik selama hampir 10 tahun ini.
11. Untuk teman-temanku dikelas (Sasa, Katrien, Ilhani, Fadia, Raihanah, Aprilia, Vadya) terimakasih sudah membantu menemani dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah dan semangat yang telah diberikan.
12. Untuk kelompok 4 karya tulis ilmiah (Bang Amran, Farida, Siti Padilah, Annisa, Farida, Zalfa) terimakasih atas Kerjasama dan perjuangannya.
13. Untuk seluruh rekan-rekan Angkatan XXXVI STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah Bersama-sama

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir ini. Saya sadari bahwa penelitian dan penyusunan tugas akhir ini jauh dari sempurna, namun saya berharap bermanfaat bagi para pembaca.

Jakarta, 06 Juli 2023

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA
ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai aktivis akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Lintang Permatasari
NIM : 2036088
Program Studi : D3 Keperawatan
Jenis Karya : Tugas Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes RSPAD Gatot Soebroto **HAK Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILISASI
PADA PASIEN TN.T DENGAN FRAKTUR NECK FEMUR DI
LANTAI V PAVILIUN ERI SOEDEWO
RSPAD GATOT SOEBROTO**

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKes RSPAD Gatot Soebroto berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan dari saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal :

Yang Menyatakan

(Lintang Permatasari)

ABSTRAK

Nama : Lintang Permatasari
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : **Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Pasien Tn.T Dengan Fraktur Neck Femur Di Lantai V Paviliun Eri Soedewo RSPAD GATOT SOEBROTO**

Fraktur Neck Femur adalah tempat cedera ekstremitas gerak bawah yang memiliki potensi tinggi terkena fraktur pada lanjut usia. Insiden *fraktur neck femur* bervariasi terhadap ras. *Fraktur neck femur* intensitasnya lebih sering terjadi pada populasi berkulit putih di Amerika Utara dan Eropa. Kejadian dapat meningkat seiring dengan usia yang bertambah (Dharmayuda, 2018). Masalah yang sering muncul setelah pasien dari operasi yaitu keterbatasan gerak (hambatan mobilitas). Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. **Metode penelitian** yang digunakan dalam penulisan ini adalah deskriptif yaitu dengan menggunakan teknik pengumpulan data yaitu wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik dengan satu subyek yaitu satu pasien dengan *Fraktur Neck Femur* dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi di Ruang Perawatan Paviliun Eri Soedewo Lantai V RSPAD Gatot Soebroto. Hasil studi kasus yang telah dilakukan selama 3 hari menunjukkan hasil yang cukup baik dengan rutin melakukan mobilisasi sehari 2 kali. Kesimpulan dapat disimpulkan bahwa dengan melakukan latihan mobilisasi secara rutin dapat mengembalikan kekuatan otot untuk bergerak pasca operasi.

Kata kunci :Fraktur neck femur, Mobilisasi, Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

Name : Lintang Permatasari
Study Program : D-III Keperawatan
Tittle : *Nursing Care to Tn.T with Femur Neck Fractures in the Need for Fulfillment of Mobilization in the Treatment Room Floor V of the Eri Soedewo Pavilion Rspad Gatot Soebroto.*

Femur Neck Fracture is a place of lower limb injury that has a high potential for fracture in the elderly. The incidence of femoral neck fractures varies by race. Fractures of the femoral neck are more common in white populations in North America and Europe. The incidence may increase with increasing age (Dharmayuda, 2018). The problem that often arises after patients from surgery is limited movement (mobility barriers). Mobilization is a person's ability to move freely, easily and regularly with the aim of meeting the needs of a healthy life. Research methods The method used in this paper is descriptive, namely by using data collection techniques, namely interviews, observation and physical examination with one subject, namely one patient with a Femur Neck Fracture in fulfilling the need for mobilization in Room V Floor of the Eri Soedewo Pavillion Gatot Soebroto Army Hospital. The results of the case study that was carried out for 3 days showed quite good results with routine mobilization 2 times a day. The conclusion can be concluded that by doing mobilization exercises regularly can restore muscle strength to move after surgery.

Keywords: *Fracture of the neck of the femur, Mobilization, Nursing care*

DAFTAR ISI

PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
A. Konsep Dasar Penyakit.....	4
1. Pengertian	4
2. Etiologi.....	4
3. Klasifikasi fraktur.....	5
4. Patofisiologi	5
5. Pathway.....	7
6. Manifestasi Klinis	8
7. Komplikasi	8
8. Pemeriksaan Penunjang.....	8
9. Penatalaksanaan	9
10. Konsep Asuhan Keperawatan.....	10
B. Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Pasien Fraktur.....	19
1. Pengertian mobilisasi	19
BAB III METODE DAN HASIL STUDI KASUS.....	24
A. Desain Studi Kasus.....	24
B. Subyek Studi Kasus.....	24
C. Lokasi dan waktu studi kasus	24

G. Analisis dan penyajian data	26
BAB IV PEMBAHASAN.....	41
A. Pengkajian.....	41
B. Diagnose keperawatan	42
C. Intervensi Keperawatan	43
D. Implementasi Keperawatan	43
E. Evaluasi Keperawatan.....	44
BAB V PENUTUP.....	45
A. Kesimpulan	45
B. Saran	46
DAFTAR PUSTAKA	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Pathway Fraktur	7
-----------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	15
Tabel 2.2 Jurnal Terkait.....	20
Tabel 3.1 Analisa data	30
Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan.....	31
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	31
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Konvensional Tanpa Kontras Thorax AP/PA.....	49
Lampiran 2 : Konvensional Tanpa Kontras Pelvis.....	50
Lampiran 3 : SOP ROM.....	51
Lampiran 4 : Format Pengkajian Asuhan Keperawatan	56
Lampiran 5 : Lembar Konsultasi	57

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Fraktur atau patah tulang adalah rusaknya kontinuitas tulang yang diakibatkan oleh trauma atau tenaga fisik, fraktur terjadi jika tulang terkena stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya, diakibatkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan secara tiba-tiba dan kontak siototekstern (Hastriati, 2019). Fraktur *neck* femur merupakan tempat cedera ekstremitas gerak bawah yang memiliki potensi tinggi terkena fraktur pada usia lanjut. Insiden fraktur *neck* femur bervariasi terhadap ras. Kejadian dapat meningkat seiring dengan usia yang bertambah (Dharmayuda, 2018). 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 Badan Kesehatan Dunia *World Health of Organization* (WHO) tahun 2019 menyatakan bahwa insiden fraktur semakin meningkat, tercatat sudah terjadi fraktur kurang lebih 15 juta orang dengan angka prevalensi 3,3%. Fraktur pada tahun 2018 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas (Mardiono dkk, 2018). Menurut data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 kejadian di Indonesia yang mengalami fraktur yaitu sebanyak 67,9% Kasus fraktur yang ada di DKI Jakarta menurut RISKESDAS pada tahun 2018 dengan prevalensi 71,9%. Berdasarkan data dari Ruang Pavilliun Eri Soedewo lantai V RSPAD Gatot Soebroto pada 1 tahun terakhir di dapatkan kasus 359 yang mengalami fraktur dengan prevalensi 4,4%.

Masalah lain yang sering muncul setelah pasien sadar dari operasi yaitu keterbatasan gerak (hambatan mobilitas). Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur

yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak, kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan membutuhkan tindakan keperawatan. (Putri & Wibowo, 2019). Penyembuhan hambatan mobilitas fisik pada fraktur setelah dilakukan operasi penyembuhan tulang maka harus secepat mungkin dilakukan *Range Of Motion* (ROM). ROM sering diartikan sebagai latihan gerak atau mobilisasi dan dapat membantu pasien yang mengalami keterbatasan gerak dan mendapatkan Kembali kekuatan otot untuk bergerak. Untuk itu perlu adanya proses penyembuhan salah satunya dengan melakukan mobilisasi. Ambulasi dini sangat penting dilakukan pada pasien-pasien pasca operasi karena jika pasien membatasi pergerakannya di tempat tidur dan sama sekali tidak melakukan ambulasi pasien akan semakin sulit untuk mulai berjalan (Oktaviani, 2019).

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai penerapan asuhan keperawatan pasca operasi *Bipolar Hemiarthroplasty* pada *Fraktur Neck Femur* dalam pemenuhan mobilisasi di Ruang Perawatan Lantai V Paviliun Eri Soedewo

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pasien Tn. T dengan *Fraktur Neck Femur* dalam pemenuhan mobilisasi?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada Tn. T dalam pemenuhan mobilisasi di Ruang Lantai V Paviliun Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan pengkajian pada pasien Tn.T dengan post operasi *Bipolar Hemiarthroplasty*.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada pasien post operasi *Bipolar Hemiarthoplasty* dengan gangguan mobilitas fisik

- c. Menyusun intervensi keperawatan yang direncanakan pada asuhan keperawatan pada pasien Tn.T post operasi *Bipolar Hemiarthroplasty*
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan yang dilakukan pada asuhan keperawatan pada pasien Tn.T post operasi *Bipolar Hemiarthroplasty*.
- e. Melakukan hasil evaluasi keperawatan pada asuhan keperawatan pada pasien Tn.T post operasi *Bipolar Hemiarthroplasty*.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Masyarakat

Meningkatkan Pengetahuan masyarakat dalam pemenuhan mobilisasi pada pasien Fraktur *Neck* Femur.

2. Bagi Pengembangan Ilmu

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam pemenuhan mobilisasi pada pasien Fraktur *Neck* Femur.

3. Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khusus studi kasus tentang pelaksanaan pemenuhan mobilisasi pada pasien Fraktur *Neck* Femur.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Fraktur adalah kerusakan struktur kontinuitas jaringan tulang. Fraktur dapat disebabkan akibat insiden trauma, stress repetitif atau melemahnya tulang secara abnormal (fraktur patologis). Fraktur akibat trauma terjadi secara tiba-tiba disebabkan gaya yang kuat baik secara langsung atau tidak. Fraktur akibat stress repetitif dapat ditemukan pada atlet, penari dan tentara (Kemenkes, 2019). Fraktur femur adalah terganggunya transedental jaringan tulang paha yang ditimbulkan oleh trauma atau energi fisik (Bahtiar, 2018).

Fraktur *neck* femur adalah fraktur yang terjadi antara ujung permukaan artikuler caput femur dan *regio interthrocanter*. Insiden fraktur *neck* femur ini meningkat seiring dengan usia dan merupakan fraktur paling sering pada usia lanjut terutama pada usia 70-80 tahun (Perwiraputra, 2017)

2. Etiologi

Menurut Hastriati (2019) Penyebab fraktur salah satunya adalah trauma, trauma pada tulang dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Langsung, akibat proses patologik yaitu fraktur yang terjadi atau trauma akibat kecelakaan bermotor Benturan dan cedera, seperti jatuh atau trauma akibat kecelakaan bermotor.
- b. Tidak langsung
 - 1) Fraktur patologi dapat disebabkan karena kelemahan tulang akibat penyakit kanker
 - 2) Fraktur karena letih atau karena otot tidak dapat mengabsorpsi energi seperti karena berjalan kaki terlalu jauh.
 - 3) Penyakit-penyakit lain seperti astreumelitis.

3. Klasifikasi fraktur

Etiologi fraktur menurut (Hermanto et al, 2020, antara lain :

- a. Fraktur *intertrochanter* femur
Yaitu fraktur dengan garis melintang mulai dari trochanter mayor sampai dengan trochanter minor.
- b. Fraktur *subtrochanter* femur
Yaitu disebabkan oleh trauma yang berkekuatan tinggi disertai dengan adanya penyakit patologis yang dapat menyebabkan tulang menjadi lemah.
- c. Fraktur *suprakondiler* femur
Yaitu terjadi pada bagian distal yang bisa menyebabkan dislokasi ke posterior. Fraktur ini disebabkan oleh adanya penarikan otot-otot gastrocnemius.
- d. Fraktur kondiler femur
Yaitu disebabkan adanya tekanan di sumbu femur ke atas yang dikombinasikan dari dua gaya yaitu hiper abduksi dan adduksi.
- e. Fraktur batang femur
Yaitu fraktur yang terjadi karena adanya trauma langsung yang memiliki kekuatan dengan intensitas tinggi.
- f. Fraktur *neck* femur
Yaitu fraktur yang disebabkan oleh perubahan struktur tulang yang disebabkan dari tekanan yang mengenai lingkaran acetabulum yang berotasi ke arah posterior

4. Patofisiologi

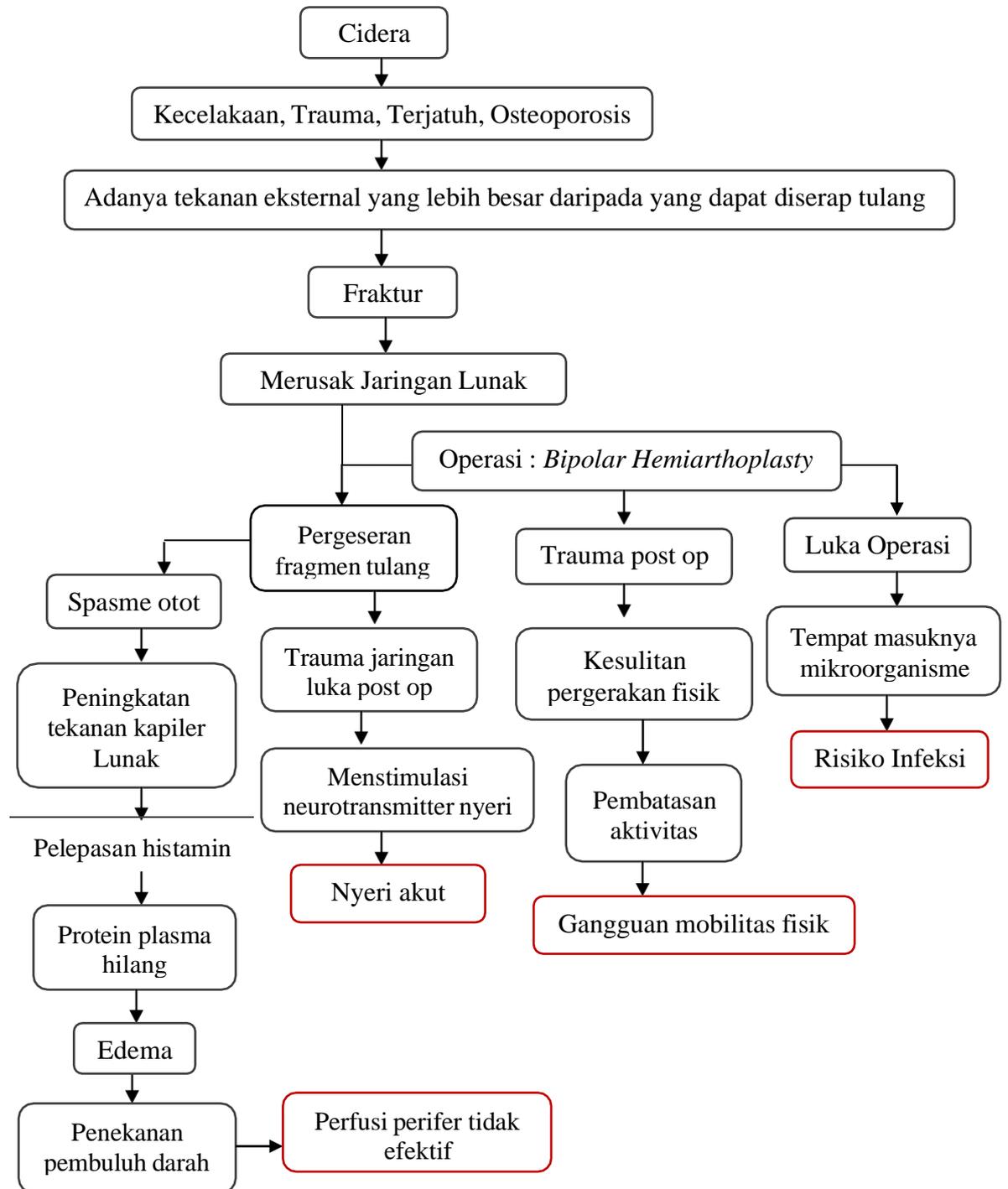
Menurut Suriyani dan Zuriati (2019), Ketika patah tulang, terjadi kerusakan di korteks, pembuluh darah, sumsum tulang dan jaringan lunak. Akibat dari hal tersebut terjadi perdarahan, kerusakan tulang dan jaringan sekitarnya. Terjadinya respon inflamasi akibat sirkulasi jaringan nekrotik ditandai dengan fase vasodilatasi dari plasma dan leukosit, ketika terjadi kerusakan tulang, tubuh mulai melakukan

proses penyembuhan untuk memperbaiki cedera, tahap ini menunjukkan awal penyembuhan tulang.

Hematom yang terbentuk bisa menyebabkan peningkatan tekanan dalam sumsum tulang yang kemudian merangsang pembebasan lemak dan gumpalan lemak tersebut masuk kedalam pembuluh darah yang mesuplai organ-organ yang lain. Hematom menyebabkan dilatasi kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler, kemudian menstimulasi histamin pada otot yang iskemik dan menyebabkan protein plasma hilang dan masuk ke intersitial. Hal ini menyebabkan terjadinya edema. Edema yang terbentuk akan menekan ujung syaraf. (Melti & Zeni, 2019).

Pada kejadian fraktur tingkat keparahan akan bergantung pada gaya yang mengakibatkan fraktur. Apabila ambang fraktur suatu tulang haanya sedikit terlewati, kemungkinan tulang hanya retak saja (Sagaran et al., 2018). Sedangkan apabila gayanya sangat ekstrim misalnya seperti tabrakan kendaraan, kemungkinan tulang akan patah berkeping-keping. Saat terjadi fraktur otot yang melekat pada ujung tulang mampu terganggu. Otot akan mengalami spasme dan menarik fragmen fraktur keluar posisi (Sembiring & Rahmadhany, 2022).

5. Pathway

Pathway Fraktur 2.1

6. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala fraktur menurut Alam (2021) yaitu :

- a. Timbulnya rasa nyeri : nyeri yang dirasakan oleh penderita fraktur memiliki sifat yang tajam serta menusuk, dikarenakan adanya infeksi tulang akibat spasme otot maupun penekanan pada saraf sensoris.
- b. Berkurangnya fungsi ekstermitas
- c. Terjadi defomitas atau perubahan bentuk
- d. Pemendekan tulang ekstremitas
- e. Oedem local serta ada perubahan warna

7. Komplikasi

Terdapat macam-macam komplikasi menurut Suriyani dan Zuriati (2019), yaitu :

a. Komplikasi awal

Komplikasi awal setelah fraktur adalah kejadian syok yang berakibat fatal hanya dalam beberapa jam setelah kejadian, kemudian emboli lemak yang dapat terjadi dalam 48 jam , serta sindrom kompartmen yang berakibat kehilangan fungsi ekstremitas secara permanen jika terlambat ditangani.

b. Komplikasi lambat

Komplikasi lambat dalam kasus fraktur adalah penyatuan tulang yang mengalami patah terlambat, bahkan tidak ada penyatuan. Hal ini terjadi jika penyembuhan tidak terjadi dalam dengan waktu normal untuk jenis dan fraktur tertentu. Penyatuan tulang yang terlambat atau lebih lama dari perkiraan berhubungan dengan adanya proses infeksi sistemik dan tarikan jauh pada fragmen tulang.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien fraktur antara lain (Melti & Zeni, 2019) :

- a. Pemeriksaan foto radiologi dari fraktur atau *X-ray* : untuk menentukan lokasi atau luasnya fraktur.

- b. Scan tulang : untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas, dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- c. Arteriografi : dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai
- d. Pemeriksaan jumlah darah lengkap : untuk mengidentifikasi hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurunnya perdarahan, peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan.
- e. Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klien ginjal

9. Penatalaksanaan

Menurut Suriyani dan Zuriati (2019) prinsip penatalaksanaan fraktur meliputi :

a. Reduksi

Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Alat-alat yang digunakan biasanya traksi, bidai dan alat yang lainnya. Reduksi terbuka dengan pendekatan bedah. Alat fiksasi interna dalam bentuk pen, kawat, sekrup, plat dan paku.

b. Imobilisasi

Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode eksterna dan interna. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi status neurovaskuler selalu dipantau meliputi peredaran darah, nyeri dan gerakan. Perkiraan waktu imobilisasi yang dibutuhkan untuk penyatuan tulang yang mengalami fraktur adalah sekitar 3 bulan.

c. Pembedahan

Cara pembedahan yaitu pemasangan screw dan plate atau dikenal dengan pen merupakan salah satu bentuk reduksi dan imobilisasi yang dikenal dengan *Open Reduction and Internal Fixation (ORIF)*.

Operasi yang dilakukan pada pasien lansia dengan fraktur *neck* femur adalah reduksi dan fiksasi, *bipolar hemiarthroplasty* (dengan maupun tanpa cement) dan *Total Hip Arthroplasty* (THA) (dengan maupun tanpa cement). Pada pasien ini dilakukan operasi *Cemented Bipolar Hemiarthroplasty* dengan tujuan untuk menurunkan risiko re-operasi untuk revisi dibandingkan dengan reduksi dan fiksasi, menurunkan risiko erosi asetabulum pada pasien dengan harapan hidup lebih dari lima tahun dengan penggunaan bipolar

10. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode ilmiah yang digunakan dalam kegiatan keperawatan untuk membantu pemberi asuhan memberikan asuhan secara profesional (Suhanda, et al., 2021; Widiyanti, et al., 2021). Proses keperawatan membantu pemberi perawatan dalam implementasi praktik keperawatan yang sistematis dan terarah dalam memecahkan masalah keperawatan pasien. Proses keperawatan dimulai dengan evaluasi, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pertama dalam fase keperawatan. Asesmen adalah kegiatan pengumpulan data pasien yang lengkap dan sistematis yang diselidiki dan dianalisis untuk mengidentifikasi masalah fisik, psikologis, sosial, mental atau kesehatan pasien (Ulina et al., 2020).

1) Anamnesis

a) Pengkajian

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomer register, tanggal masuk rumah sakit, diagnosis medis.

b) Keluhan Utama

Alasan utama pasien fraktur masuk ke rumah sakit adalah nyeri pada ekstremitas, ekstremitas sulit digerakkan akibat trauma seperti jatuh dan kecelakaan. Keluhan utama digunakan untuk menentukan prioritas intervensi dan mengkaji pengetahuan klien terhadap penyakitnya. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan yaitu :

- i. *Provoking incident* : Apakah ada peristiwa yang menjadi factor presipitasi nyeri.
- ii. *Quality of pain* : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- iii. *Region : Radiation, relief* : Apakah rasa sakit reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- iv. *Severity (scale) of pain* : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya
- v. *Time* : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

c) Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien patah tulang disebabkan karena trauma / kecelakaan, dapat secara *degenerative*/patologis yang disebabkan awalnya pendarahan, kerusakan jaringan di sekitar tulang yang mengakibatkan nyeri, bengkak, pucat/perubahan warna kulit dan terasa kesemutan.

d) Riwayat penyakit dahulu

Apakah pasien mengalami riwayat alergi obat, riwayat kecelakaan, riwayat pemakaian obat rutin, penyakit lain yang sifatnya menurun atau menular.

e) Riwayat penyakit keluarga

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

2) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi Kesehatan

Mengambarkan penjelasan pribadi klien mengenai kesehatan dan kesejahteraan

b) Pola nutrisi

Dikaji pola nutrisi klien sebelum dan sesudah masuk rumah sakit yaitu frekuensi makan, nafsu makan, porsi makan yang dihabiskan, makanan yang membuat alergi, makanan diet, pemasangan NGT.

c) Pola eliminasi

dikaji pola eliminasi BAK sebelum dan sesudah di rumah sakit yaitu frekuensi, warna, keluhan BAK, penggunaan alat bantu (kateter). dikaji pola eliminasi BAB sebelum dan sesudah di rumah sakit yaitu frekuensi, waktu, warna, keluhan BAB.

d) Pola aktivitas dan Latihan

dikaji pada pola aktivitas dan latihan sebelum dan sesudah di rumah sakit yaitu waktu beraktivitas, keluhan saat beraktivitas.

e) Pola istirahat dan tidur

Dikaji bagaimana pola tidur klien sesudah dan sebelum masuk rumah sakit

f) Pola kognitif-persepsi

Dikaji pola persepsi sensorik, pembuat keputusan.

g) Pola persepsi diri

Dikaji pola konsep dan persepsi diri klien (seperti konsep diri / penghargaan, pola emosional, gambaran diri).

h) Pola nilai kepercayaan

Dikaji pola nilai, kepercayaan dan tujuan yang mempengaruhi pilihan dan keputusan klien.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

b) Tingkat kesadaran

c) Tanda-tanda Vital

d) *Head To Toe*

- i. Pemeriksaan Kulit/ Kepala : bentuk kepala simetris, kebersihan rambut, terdapat lesi atau tidak, terdapat benjolan atau tidak.
- ii. Pemeriksaan mata : bentuk simetris, konjungtiva dan sklera mata, pupil isokor, reaksi pupil terhadap cahaya.
- iii. Pemeriksaan hidung : simetris, tidak ada pembesaran polip, tidak ada cuping hidung, tidak ada benjolan maupun nyeri tekan pada sinus.
- iv. Pemeriksaan telinga : bentuk telinga kanan kiri simetris, terdapat serumen, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada mastoid.
- v. Pemeriksaan paru dan thorax : bentuk thorax normal chest, inspirasi dan ekspirasi sama, tidak ada suara ronchi maupun wheezing, suara nafas normal vesikuler tidak ada suara nafas tambahan.
- vi. Pemeriksaan dada : bentuk dada simetris, adanya sinosis atau tidak.
- vii. Pemeriksaan abdomen : tidak ada lesi, tidak ada benjolan, bising usus terdengar normal (), tidak ada

nyeri tekan, tidak ada benjolan pada seluruh regio abdomen.

- viii. Pemeriksaan ekstremitas : kuku nampak panjang dan kotor, terdapat luka, ukuran, kedalaman, lokasi, warna kulit di sekitar luka, edema, terdapat luka post operasi fraktur femur, kekuatan otot 1 pada ekstremitas yang terdapat fraktur, terdapat nyeri tekan pada sekeliling luka, dan kekuatan otot menurun.
- ix. Pemeriksaan integument : kulit berminyak, nampak kotor, pada area fraktur terdapat nyeri karena luka post operasi.
- x. Pemeriksaan genetalia : Terpasang kateter atau tidak, penyebaran rambut pubis, kebersihan, ada lesi atau tidak, ada tidaknya benjolan yang abnormal, ada nyeri tekan atau tidak pada area genetalia.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menggambarkan reaksi individu atau kelompok manusia (risiko status kesehatan atau perubahan pola) dan diturunkan dari proses pengkajian pertama yang dilakukan melalui proses analitis (Setiawan, et al., 2020). Diagnosa keperawatan pada fraktur femur menurut (Nur Hidayat et al., 2022) yaitu sebagai berikut :

- 1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan fungsi tulang (D.0054)
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agenn pencedera fisik (D.0077)
- 3) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (Luka insisi) (D.0142)
- 4) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penekanan pembuluh darah (D.0009)

c. Intervensi keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan fungsi tulang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	<i>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</i> 1. Observasi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2. Terapeutik a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) b. Fasilitasi dalam melakukan pergerakan, jika perlu c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. Edukasi a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b. Anjurkan mobilisasi dini c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang akan dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif	<i>Manajemen Nyeri (I.08238)</i> 1. Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang

		<p>menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<p>memperberat dan memperingan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> e. Monitor efek samping penggunaan analgetik <ol style="list-style-type: none"> 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri 4. Kolab <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Risiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan 	<p><i>Pencegahan Infeksi (I.14539)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema

		<p>menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	<ol style="list-style-type: none"> c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <ol style="list-style-type: none"> 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi d. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 4. Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
4	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penekanan pembuluh darah	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun 	<p><i>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif b. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan c. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya d. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan e. Monitor respons terhadap terapi relaksasi 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan

			<p>pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi c. Gunakan pakaian longgar d. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai <p>3. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih c. Anjurkan mengambil posisi nyaman d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

d. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan dengan tujuan membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Wijonarko, 2023).

e. Evaluasi keperawatan

Menurut Supratti & Ashriady (2018) evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat dengan mengacu pada standar atau kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan keperawatan. Evaluasi keperawatan dibagi menjadi dua yaitu :

- 1) Evaluasi proses atau formatif adalah evaluasi yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan.
- 2) Evaluasi hasil atau sumatif adalah evaluasi yang dilakukan dengan membandingkan membandingkan respon klien pada tujuan khusus atau tujuan umum yang telah ditentukan

B. Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Pasien Fraktur

1. Pengertian mobilisasi

Imobilisasi adalah suatu kondisi yang relatif, dimana individu tidak saja kehilangan kemampuan gerakanya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktifitas dari kebiasaan normalnya, dapat juga diartikan sebagai suatu keadaan tidak bergerak / tirah baring yang terus – menerus selama 5 hari atau lebih akibat perubahan fungsi fisiologis. Penyakit fraktur ini dapat dicegah dengan latihan fisik yang dapat meningkatkan kekuatan dan daya tahan otot. Kekuatan otot adalah tenaga yang dikeluarkan otot atau sekelompok otot untuk berkontraksi pada saat menahan beban maksimal. Untuk meningkatkan kekuatan otot dan melatih mobilisasi pada pasien fraktur, dapat dilakukan tindakan keperawatan seperti melatih ROM (*Range Of Motion*). ROM adalah latihan gerak sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. (Kurniawan et al, 2023).

Tujuan diberikan teknik tonus otot atau yang biasa disebut Range of Motion ialah guna perbaikan serta pencegahan kakunya otot, menjaga atau peningkatan terhadap fleksibel bagian sendi, peningkatan pertumbuhan tulang serta pencegahan kontraktur. Teknik range of motion ini diberikan guna peningkatan tonus otot serta ketahanan otot jadi mempermudah aliran darah dan jumlah kadar oksigen di sel sehingga bisa mempercepat proses perbaikan klien.

C. Jurnal Terkait

Tabel 2.2 Jurnal Terkait

Penulis Peneliti	Pendahuluan	Sample	Metode Penelitian	Hasil
Kurnia Kusuma Ramadhan, 2022	Fraktur <i>neck</i> femur adalah tempat cedera ekstremitas gerak bawah yang memiliki potensi tinggi terkena fraktur pada usia lanjut. Insiden fraktur <i>neck</i> femur bervariasi terhadap ras. Fraktur <i>neck</i> femur intensitasnya lebih sering terjadi pada populasi berkulit putih di Amerika Utara dan Eropa.	Pasien Ny.S	Metode penelitian dilakukan dengan studi case report yang dilaksanakan di praktik mandiri	hasil akhir berupa penurunan nyeri, peningkatan kekuatan otot tangan dan peningkatan kemampuan fungsional pasien. Peneliti menyarankan pada penelitian selanjutnya untuk memperhatikan penggunaan alat ukur dynamometer, atau dapat menggunakan elektromiografi dalam

	Kejadian dapat meningkat seiring dengan usia yang bertambah.			pengambilan data kekuatan otot pasien.
Diana Agustina, 2021	Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan secara bertahap setelah operasi fraktur adalah <i>Range Of Motion</i> (ROM) yang bertujuan untuk mengurangi risiko kontraktur. <i>Range Of Motion</i> (ROM) adalah salah satu latihan yang dapat dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara lengkap untuk meningkatkan masa dan tonus otot	Sampel diambil dari pasien post operasi ORIF sebanyak 18 pasien	teknik consecutive sampling	Hasil penelitian menunjukkan kekuatan otot pada pasien post operasi <i>Open Reduction Internal Fixation</i> (ORIF) sebelum diberikan range of motion (ROM) memiliki rata-rata kekuatan otot adalah 2,39 dan sesudah diberikan range of motion (ROM) memiliki rata-rata kekuatan otot adalah 4,17. Ada pengaruh range of motion (ROM) terhadap kekuatan otot pada pasien post operasi <i>Open Reduction Internal Fixation</i> (ORIF) dengan nilai p value

				(0,0001).
Juli Andri, 2020	Mobilisasi merupakan kemampuan setiap individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit	Sampel yang diambil adalah pasien post op fraktur ekstremitas bawah di ruang Seruni RSUD dr.M.Yunus yang berjumlah 35 orang.	metode cross sectional dimana penelitian ini digunakan untuk melihat hubungan variable independent (Mobilisasi post op fraktur eksremitas bawah) dengan variabel dependent (tingkat nyeri) dengan observasi atau pengukuran dilakukan sekaligus dalam kurun waktu yang sama.	pasien yang melakukan kegiatan mobilisasi berjumlah 82,9% dan pasien yang tidak melakukan kegiatan mobilisasi berjumlah 17,1%, pasien yang melakukan kegiatan ambulasi berjumlah 82,9% dan pasien yang tidak melakukan kegiatan ambulasi berjumlah 17,1%, nyeri sedang berjumlah 77,1% dan nyeri berat berjumlah 22,9%

	<p>khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri</p>			
<p>Harsh Patel, Parag M. Tank, Harshal N. Damor, Dhruvesh L. Katara, Dhaval V. Patel, 2023</p>	<p>Hemiarthroplasty adalah salah satu perawatan yang dipilih untuk kelompok usia geriatri dan telah memberikan hasil yang dapat diterima secara universal. Penelitian ini bermaksud untuk membahas hasil tindak lanjut fungsional, klinis, dan radiologis dari pasien yang menerima hemiarthroplasty bipolar untuk fraktur leher femur</p>	<p>Pasien di atas 60 tahun yang dioperasi untuk fraktur leher femur dengan bipolar hemiarthroplasty</p>	<p>kuesioner</p>	<p>Bipolar hemiarthroplasty telah membantu kami dengan baik dalam penelitian ini. Empat puluh satu pasien dapat kembali ke tingkat fungsional sebelum cedera. Hanya satu pasien yang melaporkan nyeri hebat di pinggul pada tindak lanjut terakhir. Dalam penelitian ini, tidak ada kejadian dislokasi atau operasi revisi</p>

BAB III

METODE DAN HASIL STUDI KASUS

A. Desain

Desain yang digunakan pada karya tulis ilmiah ini dalam bentuk studi kasus. Studi kasus ialah, suatu rangkaian kegiatan ilmiah yang dilakukan secara intensif, terinci dan mendalam tentang suatu program.

Studi kasus ini dilakukan dengan tujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada Tn. T dengan Fraktur *Neck* Femur dalam terapi *Range Of Motion* untuk meningkatkan mobilitas fisik dengan menggunakan proses keperawatan di Lantai V Paviliun Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek dari studi kasus ini adalah satu pasien dengan Fraktur *Neck* Femur dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi di Ruang Perawatan Paviliun Eri Soedewo Lantai V RSPAD Gatot Soebroto yaitu pasien Tn.T dengan usia 65 tahun dengan *post operasi Bipolar Hemiarthroplasty* yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

C. Lokasi dan waktu studi kasus

1. Lokasi studi kasus

Lokasi pelaksanaan studi kasus di Lantai V Paviliun Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto yang beralamat di Jl. Abdul Rahman Saleh Raya, Kec. Senen, Jakarta Pusat.

2. Waktu studi kasus

Waktu pelaksanaan dalam melakukan studi kasus dilaksanakan pada tanggal 16 Mei 2023 sampai 19 Mei 2023.

D. Fokus studi kasus

Fokus studi kasus ini adalah Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Tn. T Dengan Fraktur *Neck Femur* Dalam Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi di Lantai V Paviliun Eri Soedewo RSPAD Gatot.

E. Instrument studi kasus

Alat atau instrument pengumpulan data pada studi kasus ini menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang ada dalam prodi DIII Keperawatan jurusan keperawatan di STIKes RSPAD Gatot Soebroto.

F. Metode pengumpulan data

Pengumpulan data dalam studi kasus menggunakan teknik dengan cara :

a. Observasi dan pemeriksaan fisik

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan metode observasi langsung terhadap kondisi klinis klien data didapatkan dengan melakukan interaksi dengan melihat kondisi klien secara langsung. Pemeriksaan fisik pada Tn.T meliputi keadaan umum, pemeriksaan integument, pemeriksaan kepala leher, pemeriksaan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan inguinal, anus, pemeriksaan ekstremitas, pada sistem tubuh klien. Data fokus yang diperoleh adalah sistem ekstremitas bawah.

b. Wawancara (anamnesa)

Pengumpulan data pada studi kasus ini dilakukan dengan cara tanya jawab, wawancara dilakukan dengan menggunakan format pengkajian keperawatan. Wawancara dalam studi kasus ini mengenai data dan keluhan yang dirasakan pasien, riwayat responden, aktivitas/kebutuhan sehari-hari, data psikososial, kemampuan mobilitas dan hal lainnya yang diperlukan selama asuhan keperawatan.

c. Studi literatur

Pengumpulan data dilakukan dengan cara menggali sumber-sumber pengetahuan melalui internet, buku-buku dan literatur lain.

d. Studi Dokumentasi

studi dokumentasi dilakukan dengan melihat data MR (*Medical Record*), melihat pada status pasien, melihat hasil laboratorium,

melihat catatan harian perawatan, melihat hasil pemeriksaan diagnostik seperti lembar laboratorium dan rontgen

G. Analisis dan penyajian data

a. Pengkajian Umum

Klien Bernama Tn.T berjenis kelamin laki-laki, usia 62 tahun status perkawinan menikah, agama Buddha, Suku bangsa Tionghoa, Pendidikan terakhir SD, Bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, Pekerjaan Wiraswasta, alamat pasien Jl. Krendang Timur No.4 RT 013/002, sumber biaya BPJS PBI, sumber informasi pasien dan keluarga, perawat ruangan dan rekam medis. Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Mei 2023 sampai dengan 19 Mei 2023 dengan diagnosa Fraktur Neck Femur dilantai V Pavillium Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto. Klien masuk tanggal 09 Mei 2023 nomer register 01151659

b. Resume

Klien Bernama Tn.T datang melalui Instalasi Gawat Darurat RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 09 Mei 2023 rujukan dari RS Pelni, dengan keluhan yang dirasakan nyeri pada pangkal paha sejak 9 hari, pasien merasakan nyeri pada pangkal sejak bulan Desember. Keluarga mengatakan klien hampir jatuh dari motor yang sedang membawa beban berat, pasien menahan motor dengan kaki kanannya setelah kejadian tersebut pasien merasa sakit dibagian pangkal paha. Klien masuk perawatan Pavillium Eri Soedewo Lantai V tanggal 10 Mei 2023 dan dilakukan pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan TTV Tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 77x/menit, Pernapasan 20 x/menit, Suhu 36°C. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 09 Mei 2023 dengan hasil Hemoglobin 12 g/dl, Hematokrit 36%, Eritrosit 3,9 juta/ul, Leukosit 5870/ul, Trombosit 251000/ul, basofil 1%, eosonofil 2%, neutrofil 52%, limfosit 38%, monosit 7%, mcv 93 fl, mch 31 pg, mchc 34 g/dL, rdw 14.30%, ureum 35 mg/dl, kreatinin 0.72 mg/dl, Glukosa Darah (Sewaktu) 97 mg/dL, Natrium (Na) 139 mmol/L, Kalium (K) 4.0 mmol/L, Klorida (Cl) 112 mmol/L dan hasil

swab antigen negative. Klien terpasang RL 500 ml/20 tpm. Ketorolac 30 mg, ranitidine 50 mg.

c. Riwayat Keperawatan

Klien mengatakan nyeri pada luka post op *Bipolar Hemiarthoplasty*, klien mengeluh sulit untuk menggerakkan ekstremitas bawah, dan

Klien dan keluarga mengatakan klien tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya dan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan.

Klien mengatakan klien dekat dengan istri dan anak klien, komunikasi klien dengan keluarga baik, keluarga mengatakan yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah klien, klien mengatakan sering mengikuti kegiatan kerja bakti dilingkungan rumah, klien merasa dampak dari penyakit ini klien menjadi sulit beraktivitas seperti dulu, masalah yang mempengaruhi klien saat ini adalah klien tidak bisa bekerja dan beraktivitas seperti biasanya.

Klien mengatakan cara mengatasi koping terhadap stress yaitu dengan tidur dan meminum obat. Klien mengatakan ini cepat sembuh dan tidak merasa sakit lagi dibagian kakinya, klien mengatakan perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit yaitu saat beraktivitas harus dibantu oleh keluarga

Pada pola kebiasaan klien pola frekuensi makan 2x/hari, nafsu makan baik porsi makan yang dihabiskan 1 porsi, klien suka makanan asin dan gurih, makanan yang membuat klien alergi adalah seafood, tidak ada makanan diet, tidak ada obat yang dikonsumsi sebelum makan, klien tidak menggunakan alat bantu atau NGT.

Pada pola eliminasi frekuensi BAK pasien terpasang kateter, warna kuning pekat, tidak ada keluhan BAK,. Frekuensi BAB tidak tentu, warna kecoklatan, konsistensi lembek sedikit padat, tidak ada keluhan, tidak ada penggunaan laxative. Klien mandi 2 x/hari sebelum masuk rumah sakit saat dirumah sakit 1x/hari di pagi hari. Oral hygiene 2x/hari dilakukan pagi dan malam.

Lama tidur siang klien 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam kebiasaan sebelum tidur berdoa. Klien sebagai kepala keluarga, sebelum sakit waktu aktivitas klien dari pagi sampai sore, olahraga jalan pagi, setelah sakit keluhan dalam beraktivitas yaitu gerakan terbatas.

Pola kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan tidak ada karena klien tidak merokok dan mengkonsumsi alcohol,

d. Pengkajian Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien yaitu klien mengalami penurunan berat badan, BB klien 71 kg sebelum sakit 75 kg, TB 167 cm. keadaan umum sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, kornea normal, sklera anikterik, pupil anisokor, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, klien tidak memakai kacamata, klien tidak memakai lensa kontak, reaksi terhadap cahaya positif. Daun telinga normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh ditelinga, tidak ada titinus, fungsi pendengaran klien normal, tidak ada gangguan keseimbangan, tidak ada pemakaian alat bantu.

Jalan nafas klien bersih, klien tidak ada sesak, klien tidak menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi napas 20x/menit, irama teratur, jenis pernapasan spontan, kedalaman nafas klien dalam, tidak ada batuk, tidak ada sputum, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernapas, nadi 78x/menit irama teratur, tekanan darah 110/87 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis kanan dan kiri, temperature hangat 36°C, warna kulit pucat, pengisian kapiler 2 detik, tidak ada edema, sirkulasi irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada, tidak ada nyeri, tidak ada keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran compos mentis, GCS E4M6V5, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, tidak ada gangguan system persyarafan, reflek fisiologis normal. Tidak ada caries gigi, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, saliva normal, lidah tidak kotor, tidak

ada nyeri daerah perut, bising usus 15x/menit, tidak diare, tidak ada konstipasi, hepar tak teraba, abdomen lembek

Intake 1250 ml output 1000 ml, tidak ada perubahan pola kemih, BAK kuning, tidak ada detensi kandung kemih, warna kulit pucat, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, keadaan rambut baik dan bersih,.

Klien kesulitan dalam pergerakan, sakit pada tulang, terdapat fraktur lokasi femur / pangkal paha

5555	5555
2222	5555

e. Pemeriksaan penunjang

- a. Dilakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal mei 2023 dengan hasil

Hemoglobin 12 g/dl, Hematokrit 36%, Eritrosit 3,9 juta/ul, Leukosit 5870/ul, Trombosit 251000/ul, basofil 1%, eosonofil 2%, neutrofil 52%, limfosit 38%, monosit 7%, mcv 93 fl, mch 31 pg, mchc 34 g/dL, rdw 14.30%, ureum 35 mg/dl, kreatinin 0.72 mg/dl, Glukosa Darah (Sewaktu) 97 mg/dL, Natrium (Na) 139 mmol/L , Kalium (K) 4.0 mmol/L, Klorida (Cl) 112 mmol/L.

- b. Dilakukan pemeriksaan Thorax

- 1) Konvensional tanpa kontras pelvis

Kesan :

- Fraktur pada *neck* femur kanan disertai shortening fragmen distal ke superior
- Soft tissue swelling regio proximal* femur kanan

- 2) Konvensional tanpa kontras ekstremitas femur

Kesan :

- Fraktur pada *neck* femur kanan disertai shortening fragmen distal ke superior
- Soft tissue swelling regio proximal* femur kanan

3) Konvensional tanpa kontras thorax pa/p

Kesan :

a) Kardiomegali

b) Tidak tampak kelainan radiologis pada paru

f. Penatalaksanaan

1. Farmakologi

1) Ketorolac 3x30 mg

2) Ceftriaxone 3x2 gr

3) Combivent 4 x 1

2. Non-farmakologi

Terapi ROM pasif dan melatih menggunakan *walker*

g. Analisa data

Tabel 3.1 Analisa data

No.	Data Fokus	Masalah	Etiologi						
1	<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki kanannya setelah <i>post op</i></p> <p>b. Pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah sebelah kanan</p> <p>c. Pasien mengatakan cemas untuk bergerak</p> <p>DO :</p> <p>a. TTV : Tekanan darah 118/78 mmHg, nadi 78 x/menit, rr 20x/menit, suhu 36,5°C</p> <p>b. Pasien tampak gelisah</p> <p>c. Pasien tampak lemas</p> <p>d. Rentang gerak pasien terbatas</p> <p>e. kekuatan otot kaki pasien tampak turun.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; padding: 5px;">55555</td> <td style="border: none; padding: 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none; text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 5px;">2222</td> <td style="border: none; padding: 5px;">5555</td> </tr> </table>	55555	5555	-----		2222	5555	Gangguan mobilitas fisik	Kerusakan integritas tulang
55555	5555								

2222	5555								

2.	DS : a. pasien mengatakan mengeluh nyeri pada luka <i>post op</i> DO : a. Pasien tampak meringis b. Pasien tampak gelisah c. Terdapat luka jahitan belum kering	Nyeri akut	Agen pencedera fisik
3.	DS : - DO : a. Terdapat luka jahitan belum kering b. Luka tidak ada rembesan c. Hasil lab Hb : 12.0 g/dL Leukosit : 5870/ul	Risiko infeksi	Tindakan prosedur invasif (Luka insisi/luka operasi)

h. Diagnosa Keperawatan

Table 3.2 Diagnosa Keperawatan

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1.	15 Mei 2023	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas tulang
2.	15 Mei 2023	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
3.	15 Mei 2023	Risiko infeksi b.d Tindakan prosedur invasif (Luka insisi/luka operasi)

i. Intervensi keperawatan :

Tabel 3.3 Intervensi keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan fungsi tulang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat memenuhi	<i>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</i> 1. Observasi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

		kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. 2. Terapeutik a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) b. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (walking frame) c. Fasilitasi dalam melakukan pergerakan, jika perlu d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. Edukasi a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b. Anjurkan mobilisasi dini c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang akan dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (skala nyeri 1) 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Tekanan darah membaik (120/80 mmHg –	<i>Manajemen Nyeri (I.08238)</i> 1. Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Monitor efek samping penggunaan analgetik 2. Terapeutik a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi music, relaksasi nafas dalam) b. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Edukasi a. Jelaskan penyebab,

		140/90 mmHg)	<p>periode, dan pemicu nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi music dan relaksasi nafas dalam) <p>4. Kolab</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Kolaborasi pemberian analgetic ketorolac 30 mg
3	Risiko Infeksi berhubungan dengan Tindakan prosedur invasif (Luka insisi/luka operasi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	<p><i>Pencegahan Infeksi (I.14539)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 4. Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian antibiotic ceftriaxone 2 gr

j. Implementasi Keperawatan

Table 3.4 Implementasi keperawatan

NO	Dx	Tanggal dan Jam	Tindakan Keperawatan
1.	Dx1	16 Mei 2023 08.00	a. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 120/75 mmHg, nadi 86

			<p>x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,4°C.</p> <p>08.30 b. Mengkaji tonus otot klien Hasil : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3333</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> </table> </p> <p>11.00 c. Melatih klien ambulasi dini Hasil : melakukan fleksi dan ekstensi jari-jari kaki klien (tekuk/fleksikan jari-jari klien kebawah lalu luruskan/ekstensikan Kembali), melakukan inversi dan eversi kaki (miringkan telapak kaki kedalam/inversi lalu miringkan telapak kaki keluar/eversi) dilakukan sebanyak 8 kali, pasien mengatakan pergelangan kaki terasa kaku</p> <p>15.30 d. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 120/86 mmHg, nadi 83 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C.</p> <p>16.15 e. Melatih klien ambulasi dini Hasil : melakukan fleksi dan ekstensi jari-jari kaki klien (tekuk/fleksikan jari-jari klien kebawah lalu luruskan/ekstensikan Kembali), melakukan inversi dan eversi kaki (miringkan telapak kaki kedalam/inversi lalu miringkan telapak kaki keluar/eversi) dilakukan sebanyak 8 kali,</p>	5555	5555	3333	5555
5555	5555						
3333	5555						
	17 Mei 2023	08.00	<p>a. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 118/86 mmHg, nadi 91 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C.</p>				
		11.00	<p>b. Melatih ROM hip kanan klien Hasil : melakukan rotasi pangkal paha klien (putar kaki ke arah klien dan perawat, setelah itu kembalikan ke posisi semula) melakukan abduksi dan adduksi pangkal paha (angkat kaki klien kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakan kaki menjauhi badan pasien/abduksi dan mendekati badan pasien/adduksi) dilakukan sebanyak 8 kali,</p>				

			<p>melatih pasien untuk duduk disisi tempat tidur klien mengatakan mampu duduk disisi tempat tidur meskipun sedikit cemas.</p>
		16.00	<p>c. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,6°C.</p>
		17.00	<p>d. Melatih ROM hip kanan klien Hasil : melakukan rotasi pangkal paha klien (putar kaki ke arah klien dan perawat, setelah itu kembalikan ke posisi semula) melakukan abduksi dan adduksi pangkal paha (angkat kaki klien kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakan kaki menjauhi badan pasien/abduksi dan mendekati badan pasien/adduksi) dilakukan sebanyak 8 kali, melatih pasien untuk duduk disisi tempat tidur klien mengatakan mampu duduk disisi tempat tidur.</p>
		19 Mei 2023	
		08.00	<p>a. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 121/75 mmHg, nadi 85 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36°C.</p>
		11.00	<p>b. Melatih ROM hip kanan klien Hasil : melakukan rotasi pangkal paha klien (putar kaki ke arah klien dan perawat, setelah itu kembalikan ke posisi semula) melakukan abduksi dan adduksi pangkal paha (angkat kaki klien kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakan kaki menjauhi badan pasien/abduksi dan mendekati badan pasien/adduksi) dilakukan sebanyak 8 kali, melatih klien untuk duduk disisi tempat tidur klien mengatakan klien mampu untuk duduk disisi tempat tidur meskipun masih sedikit cemas, membantu klien berdiri menggunakan walking frame pasien sudah dapat berdiri sebentar pasien mengatakan cemas dan masih sedikit nyeri saat berdiri</p>

		15.00	c. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 76 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C.
		17.00	d. Membantu pasien berdiri menggunakan walking frame Hasil : pasien mampu berdiri dan mulai mampu berjalan selangkah sampai dua langkah dan klien mengatakan masih cemas saat menggunakan walking frame
2.	Dx2	16 Mei 2023	
		08.00	a. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 120/75 mmHg, nadi 86 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,4°C.
		09.00	b. Mengkaji skala nyeri klien Hasil : nyeri dibagian luka post operasi, nyeri seperti disayat-sayat nyeri hilang timbul skala nyeri 3
		10.00	c. Memberikan terapi non-farmakologi (terapi music) Hasil : klien dan keluarga mengatakan lebih rileks saat mendengarkan lagu kesukaannya yaitu music jazz
		14.00	d. Memberikan terapi ketorolac 30 mg Hasil : obat diberikan melalui bolus, obat masuk tanpa hambatan
		17 Mei 2023	
		06.00	a. Memberikan terapi ketorolac 30 mg Hasil : obat diberikan melalui bolus, obat masuk tanpa hambatan
		08.00	b. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 118/86 mmHg, nadi 91 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C.
		09.30	c. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : nyeri seperti ditusuk-tusuk nyeri terasa hilang timbul dengan skala nyeri 3

		10.00	d. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam Hasil : klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam
		14.00	e. Memberikan terapi obat ketorolac 30 mg Hasil : obat diberikan melalui bolus, obat masuk tanpa hambatan
		16.00	f. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,6°C.
		19 Mei 2023	
		08.00	a. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 121/75 mmHg, nadi 85 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36°C
		10.00	b. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk nyeri terasa hilang timbul dan skala nyeri 1 klien juga mengatakan nyeri terasa hanya saat jika terlalu sering bergerak
		12.00	c. Melatih relaksasi nafas dalam Hasil : klien mengatakan lebih rileks dan perasaan cemas berkurang
		14.00	d. Memberikan terapi obat ketorolac 30 mg Hasil : obat diberikan melalui bolus, obat masuk tanpa hambatan
		16.00	e. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 76 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C.
3.	Dx3	16 Mei 2023	
		08.00	a. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 120/75 mmHg, nadi 86 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,4°C.
		09.00	b. Mengobservasi luka <i>post op</i> Hasil : luka tidak ada rembesan, tidak ada tanda-tanda infeksi, luka tertutup kassa steril

		09.30	c. Mengajarkan klien dan keluarga tanda-tanda infeksi agar tidak terjadi dan keluarga dapat melaporkan ke perawat jika muncul tanda-tanda infeksi Hasil : keluarga mengatakan memahami apa yang perawat arahkan
		14.00	d. Memberikan terapi ceftriaxone 2 gr Hasil : obat diberikan melalui bolus, obat masuk tanpa hambatan
		15.30	e. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 120/86 mmHg, nadi 83 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C.
		18.00	f. Menganjurkan pasien meningkatkan asupan cairan
	17 Mei 2023	08.00	a. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 118/86 mmHg, nadi 91 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C.
		09.00	b. Mengobservasi luka <i>post op</i> Hasil : tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada rembesan, luka tertutup kassa steril.
		09.30	c. Melakukan perawatan luka post op Hasil : terdapat 8 jahitan, tidak ada tanda-tanda infeksi, luka bersih, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, tidak ada nanah, luka ditutup kassa steril
		14.00	d. Memberikan terapi obat ceftriaxone 2 gr Hasil : obat diberikan melalui bolus, obat masuk tanpa hambatan
		16.00	e. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,6°C.
	19 Mei 2023	08.00	a. Mengukur tanda-tanda vital

			Hasil : Tekanan darah 121/75 mmHg, nadi 85 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36°C
		09.00	b. Mengobservasi luka <i>post op</i> Hasil : tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada rembesan, luka tertutup kassa steril
		10.00	c. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Hasil : pasien mengatakan porsi makan pagi yang dihabiskan 1 porsi
		14.00	d. Memberikan obat ceftriaxone 2 gr Hasil : obat diberikan melalui bolus, obat masuk tanpa hambatan
		15.00	e. Mengukur tanda-tanda vital Hasil : Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 76 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C.

k. Evaluasi Keperawatan

- 1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan integritas tulang

Tanggal 19 Mei 2023

S : klien mengatakan masih cemas saat menggunakan walking frame

O : Klien tampak mulai latihan mobilisasi menggunakan walker, pasien tampak cemas, tekanan darah 120/80

A : Tujuan belum tercapai, masalah teratasi Sebagian, mobilisasi masih terbatas dan klien masih dalam perawatan

P : Intervensi dilanjutkan dengan latihan mobilisasi bertahap dengan walker

- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tanggal 19 Mei 2023

S : Klien mengatakan skala nyeri berkurang dari 3 menjadi 1. Nyeri sedikit terasa saat bergerak

O : Klien tampak rileks dan tidak cemas, TTV klien Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 76 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C, klien tampak rileks setelah dilakukan terapi music

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan

3) Risiko infeksi berhubungan dengan

Tanggal 19 Mei 2023

S : Klien dan keluarga mengetahui tanda-tanda dari infeksi dan mengetahui cara menghindarnya

O : Melakukan perawatan luka *post op* terdapat 8 jahitan, tidak ada tanda-tanda infeksi, luka bersih, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, tidak ada nanah, luka di tutup kassa steril

A : Tujuan belum tercapai, masalah teratasi Sebagian, klien masih dalam masa perawatan *post op* yang masih harus dipantau.

P : Intervensi dilanjutkan, klien diberikan antibiotik ceftriaxone 2 gr, melanjutkan perawatan luka.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan membahas perbandingan antara masalah proses asuhan keperawatan yang ditemukan dilapangan dengan teori dan hasil penelitian terdahulu (jurnal terkait) pada pasien Fraktur *Neck* Femur yang telah dilakukan 16 mei 2023 sampai 19 mei 2023 diruang perawatan lantai V Paviliun Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto. Dimana dalam pembahasan ini sesuai dengan tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan/implementasi keperawatan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pada kasus dari data pengkajian yang sudah dilakukan oleh penulis pada Tn.T yang mengalami fraktur *neck* femur yaitu pasien berusia 62 tahun, dari data jurnal yang saya dapat insiden fraktur ini meningkat seiring dengan usia lanjut dan fraktur paling sering pada masa usia lanjut terutama pada usia 70-80 tahun.

Pada kasus klien mengalami fraktur *neck* femur karena mengalami kecelakaan saat membawa motor, saat terjatuh Tn.T menahan motornya menggunakan kaki kanan klien sehingga menyebabkan cidera. Hal ini sesuai pada jurnal terkait penyebab dari fraktur karena kecelakaan atau cidera akibat benturan terlebih lagi pada pasien lanjut usia sudah mengalami penurunan masa tulang sehingga rentan terjadi fraktur.

Pada kasus pengkajian klien ditemukan tanda gejala pada pasien Tn.T dengan Fraktur *Neck* Femur adalah gangguan mobilitas fisik serta diikuti dengan spasme otot sejak bulan Desember karena klien hampir jatuh dari motor. Hal ini sesuai dengan teori dan jurnal yang menyatakan klien dengan fraktur dapat ditemukan tanda klinis yaitu gangguan mobilitas fisik serta diikuti dengan spasme otot yang bisa beri beberapa gejala seperti deformitas di ekstermitas yakni pemendekan tulang, bila kejadian ini terus berlangsung tanpa dilakukan implementasi rom yang maksimal maka kan timbulnya risiko terjadinya

malunion di tulang yang terjadi fraktur dikeduaanya menunjukkan tanda klinis yang sama.

Pada kasus klien dilakukan tindakan operasi *Bipolar Hemiarthroplasty*. Pada jurnal yang saya dapat menyarankan bahwa pasien usia lanjut yang menerima *bipolar hemiarthroplasty* mungkin memiliki tingkat kelangsungan hidup yang lebih baik. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa prostesis dapat mengurangi nyeri paha pasca operasi, pelonggaran aseptik, dan kejadian fraktur *periprostetik*. Penyembuhan hambatan mobilitas fisik pada fraktur setelah dilakukan operasi penyembuhan tulang maka harus secepat mungkin dilakukan *Range Of Motion* (ROM). ROM sering diartikan sebagai latihan gerak atau mobilisasi dan dapat membantu pasien yang mengalami keterbatasan gerak dan mendapatkan Kembali kekuatan otot untuk bergerak. Untuk itu perlu adanya proses penyembuhan salah satunya dengan melakukan mobilisasi. Ambulasi dini sangat penting dilakukan pada pasien-pasien pasca operasi karena jika pasien membatasi pergerakannya di tempat tidur dan sama sekali tidak melakukan ambulasi pasien akan semakin sulit untuk mulai berjalan.

B. Diagnose keperawatan

Pada kasus Tn.T ditemukan masalah dalam pemenuhan mobilisasi seperti kaki sebelah kanan sulit digerakan setelah operasi, cemas saat ingin menggerakkan ekstremitas. Hal ini sesuai dengan jurnal terkait yang menyatakan pasca tindakan bedah pasien biasanya akan dibebat untuk melindungi struktur perbaikan tulang dalam beberapa waktu sehingga mengurangi pergerakan, yang dapat mengakibatkan hambatan mobilitas fisik dan menyebabkan gangguan pada otot. Pada teori asuhan keperawatan diagnose yang muncul pada pasien fraktur *neck femur post-op Bipolar Hemiarthroplasty* yaitu gangguan mobiltas fisik. Sehingga diagnose prioritas yang muncul adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.

pemberian mobilisasi dini sangat penting karena telah dijadikan standar dalam prosedur *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS). Mobilisasi dini

mampu melancarkan system peredaran darah dan membantu system tubuh Kembali normal dengan cepat.

C. Intervensi Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) intervensi pada diagnose keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (*Walking frame*), Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (Pagar tempat tidur), Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu.

Pada kasus diagnosa prioritas adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas tulang, klien mengalami kesulitan melakukan pergerakan setelah dilakukan tindakan operasi *Bipolar Hemiarthroplasty* sehingga rencana tindakan pada diagnose ini yaitu tujuan setelah pasien dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun. Rencana tindakan yang akan dilakukan identifikasi toleransi melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (*walking frame*), fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan.

Hal ini sesuai dengan jurnal yang menyatakan Intervensi yang akan dilakukan dengan rencana tindakan yang dibuat tentang tindakan ROM untuk mengatasi hambatan mobilisasi yaitu melakukan latihan rentang gerak pada pasien. Ambulasi dini sangat penting dilakukan pada pasien-pasien pasca operasi karena jika pasien membatasi pergerakannya di tempat tidur dan sama sekali tidak melakukan ambulasi pasien akan semakin sulit untuk mulai berjalan.

D. Implementasi Keperawatan

Setelah penulis melakukan intervensi keperawatan maka dilanjutkan dengan melakukan implementasi keperawatan. Implementasi yang dilakukan adalah melakukan Latihan rentang gerak (ROM) pasif secara bertahap dimulai dari jari-jari kaki sampai dengan klien melakukan latihan duduk sisi

tempat tidur dan melakukan latihan berdiri dan berjalan dengan menggunakan walking frame.

Hal ini sesuai dengan jurnal terkait yang menyatakan mobilisasi dilakukan secara bertahap dimulai dengan latihan mobilitas tempat tidur, konversi ke posisi duduk tegak, konversi duduk ke berdiri, lalu berjalan. Kemajuan mobilisasi tergantung pada toleransi dan stabilitas pasien. Pasien didorong untuk melakukan mobilisasi di luar tempat tidur setidaknya tiga kali per hari, sebaiknya hingga 15-20 menit setiap sesi.

E. Evaluasi Keperawatan

Langkah yang terakhir di dalam proses asuhan keperawatan adalah evaluasi keperawatan. Pada kasus evaluasi dilakukan dengan cara dua macam meliputi evaluasi formatif yaitu evaluasi evaluasi proses atau penulis mengevaluasi respon TnT segera setelah intervensi di implementasikan, yang kedua evaluasi sumatif atau evaluasi hasil adalah evaluasi yang perawat tulis di setiap selesai akhir tindakan keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang penulis temukan, diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas tulang tujuan belum tercapai masalah teratasi Sebagian. Sehubung penulis dalam memberikan asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn.T kurang maksimal karena penulis dibatasi waktu, tindakan keperawatan yang diberikan masih terus dilaksanakan selama klien masih dalam perawatan di lantai V Paviliun Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis akan menyimpulkan hasil pembahasan kasus klien dengan Fraktur *Neck* Femur di lantai V Pavillium Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto yang telah dilakukan untuk selanjutnya akan memberikan masukan berupa saran

A. Kesimpulan

Pada pengkajian antara teori dan hasil pengkajian tanda klinis tidak ditemukan kesenjangan yaitu pasien mengalami gangguan mobilitas fisik disertai spasme otot, data yang ada pada kasus disesuaikan dengan respon klien terhadap penyakitnya. Kemudian kerja sama klien dan keluarga klien sangat membantu penulis dalam melakukan pengkajian sehingga penulis tidak menemukan hambatan.

Dari kasus yang dipelajari ditemukan masalah keperawatan pada kasus disesuaikan dengan data yang diperoleh pada saat pengkajian sebagai respon klien terhadap penyakitnya, sehingga dari 4 diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori hanya tiga diagnosis keperawatan pada kasus yang merupakan masalah yang harus segera diatasi oleh penulis melalui asuhan keperawatan.

Intervensi keperawatan dibuat sesuai dengan kondisi klien, mulai dari penentuan prioritas, penetapan tujuan dan kriteria hasil serta Menyusun rencana tindakan diagnosis prioritas yaitu Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (*walking frame*), Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (Pagar tempat tidur), Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkat pergerakan, Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur).

Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien Tn.T disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat dan semua tindakan yang dilakukan didokumentasikan pada catatan keperawatan. Pada implementasi keperawatan

penulis tidak menemukan hambatan karena klien dan keluarga klien membantu dalam terlaksananya tindakan keperawatan.

Pada evaluasi keperawatan yang dilakukan satu masalah yang sudah tercapai yaitu nyeri akut untuk masalah yang belum tercapai rencana tindak lanjut gangguan mobilitas fisik dengan latihan mobilisasi secara bertahap dengan walker yang dilanjutkan oleh perawat ruangan dan untuk risiko infeksi rencana tindak lanjut yang dilakukan pantau kondisi luka, ganti verban luka dan pemberian terapi obat ceftriaxone 2gr.

B. Saran

Setelah penulis menguraikan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien Tn.T penulis dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan yang ada, saran sebagai berikut:

1. Bagi penulis

Bagi penulis diharapkan dapat sebagai sumber informasi bagi institusi Pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu Pendidikan di masa yang akan datang

2. Bagi perawat ruangan

Diharapkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien secara intensif agar tetap mempertahankan tingkat perawatan yang baik.

3. Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan informasi baik kalangan mahasiswa Pendidikan diploma maupun sarjana agar dapat melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade yelda Hastriati. (2019). *Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Cara Perawatan Pasien Fraktur Di Rsud Arifin Achmad*. 3(1), 25–33.
- Aji, B. K., Inayati, A., & Sari, S. A. (2023). *Penerapan teknik ROM (Range of motion) untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien post op. fraktur*. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(1), 138–143.
- Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan.(2018). Badan Litbang Kesehatan, Jakarta.
- Bahtiar, S.M.(2018). *Penerapan Askep Pada Pasien Ny.W Dengan Post Operasi Fraktur Femur Dextra Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Media Keperawatan*, 9 (2), 131-137.
- Djamaludin, , D. J., Kusumaningsih, D. K., & Prasetyo, H. P. (2022). *Efektifitas Rom Pasif terhadap Tonus Otot Pasien Post-Operasi Fraktur Ekstremitas di Kecamatan Bekri Lampung Tengah*. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)* 5(10).<https://doi.org/10.33024/jkpm.v5i10.7329>
- Hastriyadi, A.(2019). *Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Cara Perawatan Pasien Fraktur Di Rsud Arifin Achmad*. Volume 3 No.1. *Jurnal Keperawatan Abdurrab*.
- Hermanto, , R., Isro'in, L., & Nurhidayat, S. (2020). *Studi Kasus : Upaya Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur*. *Health Sciences Journal*, 4(1), 111. <https://doi.org/10.24269/hsj.v4i1.406>
- Kemendes, RI.(2019). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Perwiraputra, R. D., Priambodo, A., Julianti, H. P., & Arthroplasty, T. H. (2017). *Hubungan Jenis Total Hip Arthroplasty Terhadap Derajat Fungsional Panggul Dan Kualitas Hidup Pada Pasien Fraktur Collum Femoris*. *Diponegoro Medical Journal (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*, 6(2), 1116–1125
- PPNI.(2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Definisi dan indikator diagnostic. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI.(2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Definisi dan tindakan keperawatan. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI.(2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Definisi dan kriteria hasil keperawatan. Jakarta : DPP PPNI
- Sagara, V. C., Manjas, M., & Rasyid, R. (2018). *Distribusi Fraktur Femur Yang Dirawat Di Rumah Sakit Dr. M. Djamil, Padang (2010-2012)*. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 586–589.

- Sembiring, T. E., & Rahmadhany, H. (2022). *Karakteristik Penderita Fraktur Femur Akibat Kecelakaan Lalu Lintas Di RSUP Haji Adam Malik Medan Pada Tahun 2016-2018*. *Ibnu Sina: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan-Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara*, 21(1), 123–128.
- Supratti i, S., & Ashriady, A. (2018). *Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju*. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1), 44 <https://doi.org/10.33490/jkm.v2i1.13>
- Suriya, M., Zuriati.(2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi NANDA NIC&NOC*. Padang : Lubuk Begalung.
- Wijonarko, & Jaya Putra, H. (2023). *Penerapan Proses Perawatan Pada Pasien Raktur Radius Distal Dexra Di Ruang Kutilang Di Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. *Jurnal Keperawatan Bunda Delima*, 5(1), 57–64. <https://doi.org/10.59030/jkbd.v5i1.71>

Lampiran 1 : Konvensional Tanpa Kontras Thorax PA/AP



Lampiran 2 : Konvensional Tanpa Kontras Pelvis

