

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan Dasar Manusia adalah perubahan energi didalam maupun diluar organisme yang ditunjukan melalui respon perilaku terhadap situasi, kejadian dan orang. (King, 1997)

Kebutuhan Dasar Manusia merupakan kebutuhan individu yang menstimulasi respon untuk mempertahankan integritas (keutuhan) tubuh. (Roy, 1980)

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kebutuhan dasar manusia memiliki ciri yang bersifat heterogen, setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama akan tetapi karena perbedaan budaya dan kultur yang ada maka kebutuhan tersebut berbeda.

Kebutuhan Aktivitas atau pergerakan, istirahat dan tidur merupakan satu kesatuan yang saling berhubungan dan saling memengaruhi. Tubuh membutuhkan aktivitas untuk kegiatan fisiologis, serta membutuhkan istirahat dan tidur untuk pemulihan.

2. Konsep Dasar Aktivitas

Salah satu individu yang sehat adalah adanya kemampuan melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan, misalnya berdiri, berjalan, dan bekerja. Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan untuk bergerak dalam memenuhi kebutuhan hidup. Kemampuan aktivitas seseorang dipengaruhi oleh adekuatnya sistem persarafan, otot dan tulang, sendi serta faktor pendukung lainnya seperti adekuatnya fungsi kardiovaskular, pernapasan, dan metabolisme.

3. Sistem Tubuh Yang Berperan Dalam Aktivitas

a. Sistem Muskuloskeletal.

Sistem muskuloskeletal terdiri atas tulang, otot, dan sendi.

1) Tulang.

Tubuh manusia tersusun atas tulang-tulang yang berjumlah 206 tulang. Tulang satu dengan tulang yang lain dihubungkan melalui sendi kemudian membentuk rangka. Tulang juga berfungsi sebagai penyangga tubuh, pelindung organ-organ penting seperti otak, hati, jantung, dan juga berfungsi sebagai regulasi mineral seperti kalsium dan fosfat. Berkaitan dengan pergerakan tulang merupakan tempat melekatnya otot, ujung otot yang melekat pada tulang disebut tendon. Tulang dapat digerakan karena adanya kontraksi dari otot.

2) Otot

Otot merupakan organ yang mempunyai sifat elastisitas dan kontraktilitas yaitu kemampuan untuk meregang dan memendek, serta kembali pada posisi semula. Kemampuan inilah yang memungkinkan organ yang menyertainya dapat bergerak, seperti gerakan pada tulang, usus, jantung, paru-paru dan organ lainnya. Otot tersusun oleh serat-serat otot yang berisi protein-protein kontraktil yaitu miofibril-miofibril. Masing-masing miofibril tersusun dan miofilamen tipis yang tersusun atas aktin, tropinin, dan ropomiosin. Pergerakan sesungguhnya terjadi karena adanya kontraksi, sedangkan kontraksi terjadi akibat tarik-menarik antara aktin dan miosin.

3) Sendi

Sendi menghubungkan antara tulang yang didukung oleh adanya ligamen dan tendon. Ligamen menstabilkan tulang di antara tulang dan lebih elastis daripada tendon. Sendi dapat diklasifikasi menjadisendi yang tidak dapat digerakan (sendi *sinatosis*) seperti pada sutura, epifisis, dan diafisis; sendi yang

dapat sedikit digerakan (sendi *amfiartosis*) seperti pada simfisis; dan sendi yang gerakannya bebas (sendi *diartosis*) seperti gerak pada siku, pergerakan lutut, jari tangan, dan lain-lain. Sendi diartosis merupakan sendi yang paling banyak di antara jenis sendi-sendi yng lain. Sendi ini disebut jug sendi sinovial karena dilapisi oleh jaringan sinovial yang kaya akan pembuluh darah dan memproduksi cairan sinovial. Cairan ini sangat penting untuk pelumas sendi agar gerakan sendi lebih mudah.

Pergerakan sendi sinovial normalnya dalam keadaan bebas, tetapi juga ada yang terikat dari jenis sendi yang menghubungkannya, misalnya sendi engsel yang hanya menggerakkan pada satu arah karena sendi berbentuk engsel dan berporos satu, seperti pada lutut dan siku. Sendi peluru dapat menggerakkan tulang ke segala arah karena bentuknya lekuk dan adanya bonggol, seperti pada sendi gelang bahu dengan lengan atas, dan gelang panggul dengan tulang paha. (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

b. Sistem Persarafan

Sistem persarafan berperan dalam menjamin tersedianya oksigen tubuh. Oksigen dibutuhkan untuk metabolisme yang akan menghasilkan energi. Pergerakan membutuhkan energi dari hasil metabolisme. Pasien dengan kekurangan oksigen menyebabkan peningkatan pernapasan dan mengalami kelemahan fisik. (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

c. Sistem Kardiovaskuler

Dampak imobilisasi terhadap sistem kardiovaskuler antara lain sebagai berikut :

- 1) Penurunan kardiak reverse.
- 2) Peningkatan beban kerja jantung.

Pada kondisi bedrest yang lama, jantung bekerja lebih keras dan kurang efisien, disertai dengan curah kardiak yang turun, selanjutnya akan menurunkan efisiensi jantung dan meningkatkan beban kerja jantung.

Hipotensi ortostatik

Hipotensi ortostatik adalah turunnya tekanan darah 15 mmHg atau lebih, ketika klien bangkit dari tidur atau pada saat duduk untuk berdiri. Pada kondisi bedrest terjadi penumpukan darah pada ekstremitas bawah, yang disebabkan arteriola dan venula tungkai tidak berkontraksi secara adekuat dalam memperbaiki efek dari gravitasi pada darah dari jantung kiri. Oleh karena itu, pada saat klien mencoba bangun atau berdiri, darah masih terkumpul di ekstremitas bawah. Sirkulasi volume darah dan *venous return* menurun serta stroke volume menjadi terlalu kecil untuk memenuhi kebutuhan aliran sirkulasi ke serebral. Akibatnya, klien merasa pusing saat bangkit dan dapat menyebabkan pingsan.

3) Phlebotrombosis

Kejadian phlebotrombosis lebih sering terjadi pada klien yang mengalami paralisis. Hal ini disebabkan adanya perubahan hemodinamik, static venous dan disertai gangguan pembekuan darah. (Andina dan Yuni 2017).

4. Faktor Yang Mempengaruhi Pemenuhan Kebutuhan

Secara umum, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan manusia. Faktor-faktor tersebut meliputi penyakit, hubungan yang berarti, konsep diri, tahap perkembangan dan struktur keluarga.

1. **Penyakit.** Saat seseorang dalam kondisi sakit, ia tidak akan mampu memenuhi kebutuhannya sendiri. Dengan demikian, individu tersebut akan bergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

2. **Hubungan yang berarti.** Keluarga merupakan sistem pendukung bagi individu (klien). Selain itu, keluarga juga dapat membantu klien menyadari kebutuhannya dan mengembangkan cara yang sehat untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dalam praktek di tatanan layanan kesehatan, perawat dapat membantu upaya pemenuhan kebutuhan dasar klien dengan membina hubungan yang berarti.
3. **Konsep diri.** Konsep diri memengaruhi kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhannya. Selain itu, konsep diri juga memengaruhi kesadaran individu untuk mengetahui apakah kebutuhan dasarnya terpenuhi atau tidak. Individu dengan konsep diri yang positif akan mudah mengenali dan memenuhi kebutuhannya serta mengembangkan cara yang sehat guna memenuhi kebutuhan tersebut. Sedangkan seseorang dengan konsep diri yang negatif, misalnya penderita depresi, akan mengalami perubahan kepribadian dan suasana hati yang dapat memengaruhi persepsi dan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan tersebut.
4. **Tahap perkembangan.** Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam hal struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, di dalam suatu pola yang teratur dan dapat diprediksi, sebagai hasil dari proses pematangan. Dalam hal ini, pemenuhan kebutuhan dasar akan dipengaruhi oleh perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku individu sebagai hasil dari interaksinya dengan lingkungan.
5. **Struktur keluarga.** Struktur keluarga dapat memengaruhi cara klien memuaskan kebutuhannya. Sebagai contoh, seorang ibu mungkin akan menahulukan kebutuhan bayinya dibandingkan kebutuhannya sendiri. Misalnya, saat ia menunda makan atau tidurnya untuk menyusui bayinya. (Wahid, 2008)

5. Pengertian Mobilitas dan Imobilitas

Mobilitas atau mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi

kebutuhan aktifitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya (Varsa, 2006).

Imobilitas atau imobilisasi merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat secara bebas untuk bergerak, mengingat kondisi yang mengganggu pergerakan (aktifitas), seperti mengalami trauma tulang belakang, edema otak berat disertai fraktur pada ekstremitas. (Wahid, 2008).

6. Jenis-jenis Mobilisasi

Jenis mobilisasi ada dua yaitu mobilisasi penuh dan mobilisasi sebagian. Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh, bebas tanpa pembatas jelas yang dapat mempertahankan untuk berinteraksi sosial dan menjalankan peran sehari-harinya. Mobilisasi penuh ini memberikan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik yang dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang yang melakukan mobilisasi. Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas, tidak mampu bergerak secara bebas, hal tersebut dapat dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuh seseorang. Hal ini dapat kita jumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi, pasien paraplegi dapat terjadi mobilisasi sebagian pada ekstremitas bawah karena kehilangan kontrol motorik dan sensorik. Mobilisasi sebagian ini ada dua jenis yaitu : mobilisasi temporer dan permanen (Wahid, 2008)

Mobilisasi sebagai temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat sementara, hal tersebut dapat disebabkan adanya trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal, sebagai contoh adanya dislokasi sendi dan tulang dan mobilisasi sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat menetap, hal tersebut disebabkan karena rusaknya sistem saraf yang reversibel sebagai contoh terjadinya hemiplegia karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik (Wahid, 2008).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, selanjutnya akan berpengaruh terhadap perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah didapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko spiritual. Tahap pengkajian merupakan proses dinamis yang terorganisasi, meliputi empat elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah, dan mengatur data dan mendokumentasikan data dalam format (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

Pengkajian keperawatan dalam proses keperawatan meliputi:

- a. Data pasien
- b. Keluhan umum. Pasien tidak dapat melakukan pergerakan merasakan nyeri pada area fraktur, rasa lemah dan tidak dapat melakukan aktivitas
- c. Riwayat kesehatan sekarang. Kapan pasien mengalami fraktur, bagaimana terjadinya dan bagian tubuh mana yang terkena.
- d. Riwayat kesehatan sebelumnya. Apakah pasien pernah mengalami penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi kesehatan sekarang. Misalnya apakah pasien memiliki penyakit tertentu seperti kanker tulang atau apakah pasien pernah mengalami kecelakaan sebelumnya.
- e. Riwayat kesehatan keluarga. Apakah anggota keluarga pasien memiliki penyakit keturunan yang mungkin akan mempengaruhi kondisi sekarang. Penyakit keluarga yang berhubungan dengan patah tulang, seperti osteoporosis.
- f. Riwayat psikososial. Konsep diri pasien immobilisasi mungkin terganggu, oleh karena ini kajian gambar ideal diri, harga diri, identitas diri serta interaksi pasien dengan anggota keluarga maupun dengan lingkungan tempat tinggalnya.

- g. Aktivitas sehari-hari. Pengkajian ini bertujuan melihat perubahan pola yang berkaitan dengan terganggunya sistem tubuh serta dampaknya terhadap pemenuhan kebutuhan dasar pasien.
- h. Pemeriksaan fisik.

1) Gambaran umum:

- a) Keadaan umum : baik/buruk, kesadaran (komposmetis, apatis, soor, koma, gelisah).
- b) Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan).
- c) Pemeriksaan secara sistematis diperiksa dari kepala, leher, kelenjar getah bening, dada (thorax), perut (abdomen: hepar), kelamin.
- d) Bagian ekstremitas atas dan bawah serta punggung (tulang belakang).

2) Keadaan lokal

Pemeriksaan muskuloskeletal:

a. Look (inspeksi)

Perhatikan yang dilihat:

- 1) Sikatrik (jaringan perut, baik yang alamiah maupun buatan, yaitu pembedahan)
- 2) Birth markk (bekas melahirkan)
- 3) Fistula
- 4) Warna (kemerahan, kebiruan/livide, hiperpigmentasi)
- 5) Benjolan, pembengkakan, cekukan dengan hal-hal yang tidak biasa, misalnya ada rambut diatasnya.
- 6) Posisi serta bentuk dari ekstremitas (deformitas)
- 7) Cara jalan pasien (gait, sewaktu masuk kamar periksa)

b. *Feel* (palpasi)

Sebelum dilakukan palpasi, terlebih dahulu perbaiki posisi penderita agar di mulai dari posisi netral/posisi anatomi. Pemeriksaan ini memberikan informasi dua arah bagi

pemeriksa dan penderita. Karena itu perlu diperhatikan wajah penderita atau menanyakan perasaan penderita.

Yang perlu dicatat pada palpasi adalah:

- 1) Perubahan suhu terhadap sekitarnya serta kelembaban kulit
- 2) Apabila ada pembengkakan, apakah terdapat fluktuasi atau hanya oedema terutama pada daerah persendian.
- 3) Nyeri tekan (tenderness), krepitasi, catat adanya kelainan Otot: tonus otot pada waktu relaksasi atau kontraksi benjolan yang terdapat di permukaan tulang atau melekat pada tulang. Selain itu juga diperiksa status neurovaskuler. Apabila ada benjolan, maka sifat beban perlu ditentukan permukaannya, konsistensinya dan pergerakan terhadap permukaan atau dasar, nyeri atau tidak dan ukurannya.

c. *Move* (pergerakan)

Setelah memeriksa feel, pemeriksaan diteruskan dengan menggerakkan anggota gerak dan dicatat apakah terdapat keluhan nyeri pada pergerakan. Pada pemeriksaan move, periksalah anggota bagian tubuh yang normal terlebih dahulu. Selain untuk mendapatkan kerjasama dari penderita juga untuk mengetahui gerakan normal penderita, evaluasi keadaan sebelum dan sesudah dilakukan pergerakan.

- 1) Apabila ada fraktur akan terdapat gerakan abnormal di daerah fraktur (kecuali fraktur *incomplete*)
- 2) Pergerakan yang perlu dilihat adalah pergerakan aktif dan pasif
- 3) Pemeriksaan sendi
 - a) Bandingkan antara bagian kiri dan kanan tentang bentuk, ukuran, tanda radang
 - b) Adanya nyeri tekan, nyeri gerak, nyeri sumbu

- c) Adanya bunyi krepitasi
 - d) Adanya kontraktur sendi
 - e) Nilai *Range of Motion* (ROM) secara aktif dan pasif.
- Range of Motion* (ROM) merupakan jumlah maksimal gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh yaitu sagital, frotal, tranvesal (Asmadi, 2009). *Range Of Moton* (ROM) adalah latihan gerak sendi untuk meningkatkan aliran darah perfusi dan mencegah kekakuan otot/sendai (Anggraeni, 2015). Tujuan ROM antara lain: mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan kelenturan otot menjaga fleksibilitas dari masing-masing persendian, mencegah kontraktur pada persendian (Asmadi, 2009). Latihan gerak sendi dapat segera dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot (*endurance*) sehingga memperlancar aliran darah serta suplai oksigen untuk jaringan sehingga akan mempercepat proses penyembuhan (Anggraeni, 2015). Latihan gerak sendi/*Range of Motion* (ROM) dibagi menjadi 5 yaitu:
1. *Aktif Asisif Range of Motion* (AAROM) adalah kontraksi aktif dari otot dengan bantuan kekuatan eksternal yang tidak sakit. AAROM meningkatkan fleksibelitas kekuatan otot, meningkatkan koordinasi otot dan mengurangi ketegangan pada otot sehingga dapat mengurangi rasa neri.
 2. *Aktif Resistif Range of Motion* (ARROM) kontraksi aktif dari otot melawan tahanan yang diberikan, tahanan dari otot dapat diberikan dengan berat/beban, alat, tahanan manual, atau

berat badan. Tujuannya meningkatkan kekuatan otot dan stabilitas.

3. *Isometrik exercise* adalah bentuk latihan dimana otot yang dilatih mengalami perubahan panjang dan tanpa adanya pergerakan dari sendi. Sehingga latihan akan menyebabkan ketegangan pada otot bertambah.
4. *Isotnik exercise* (aktif rom dan pasif rom) adalah kontraksi terjadi jika otot memanjang dan yang lainnya memendek (*konsentrik*) atau memanjang (*ensentrik*) melawan tahanan tertentu atau hasil dari pergerakan sendi. Contoh *isomeric exercise*, fleksi atau ekstensi ekstremitas. *Isotonik exercise* tetap menyebabkan ketegangan pada otot yang menimbulkan rasa nyeri pada otot.
5. *Isokinetik exercise* adalah latihan dengan kecepatan dinamis dan adanya tahanan pada otot serta persendian dengan bantuan alat. *Isokinetik* menggunakan *consentrik* dan *ensentrik* kontraksi (Anggraeni, 2015).

Pemeriksaan Range of Motion (ROM) merupakan pemeriksaan yang dilakukan dengan pengukuran luas gerakan sendi (derajat) yang terjadi dari kontraksi dan pergerakan otot. Pemeriksaan dilakukan dengan cara meminta pasien untuk menggerakkan masing-masing persendian sesuai gerakan normal baik aktif maupun pasif. Jenis gerakan: fleksi, ekstensi, hiperekstensi, rotasi, sirkumduksi, supinasi, pronasi, abduksi, adduksi, oposisi. Sendi yang di gerakan: ROM aktif (seluruh tubuh dari ujung kepala sampai ujung

kaki oleh pasien secara aktif). ROM pasif (seluruh persendian tubuh atau hanya pada bagian ekstremitas yang terganggu dan pasien tidak mampu melaksanakan secara mandiri) (Oktadoni Saputra dan Rizki Hanriko, 2016).

2. Intervensi Keperawatan

Menurut SIKI, (2018) Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi keperawatan aktivitas menggunakan pendekatan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Sedangkan buku SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) digunakan penulis untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan.

Adapun Tujuan dan Kriteria hasil serta intervensi dari gangguan kebutuhan aktivitas menurut SLKI, (2018) dan SIKI, (2018) adalah:

Tabel 2.1
Intervensi keperawatan gangguan mobilitas fisik

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria	Intervensi
Gangguan mobilitas fisik Penyebab: 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 musculoskeletal 12. Gangguan neuromuskular 13. Indeks masa tubuh diatas 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	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan KH: 1. Pergerakan ekstermitas 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	Intervensi utama : 1. Dukungan Ambulasi 2. Dukungan Mobilisasi

Gangguan pola tidur Penyebab : 1. Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. <i>Restraint</i> fisik 5. Ketiadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan tempat tidur	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan gangguan pola tidur meningkat dengan KH: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Intervensi utama 1. Dukungan Tidur 2. Edukasi Aktivitas/Istirahat
Intoleransi aktivitas Penyebab : 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan KH: 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Keluhan lelah menurun 3) Dispnea saat aktivitas menurun 4) Dispnea setelah aktivitas menurun	Intervensi utama: 1. Manajemen energi 2. Terapi aktivitas
Keletihan Penyebab: 1. Gangguan tidur 2. Gaya hidup monoton 3. Kondisi fisiologis (mis. Penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan) 4. Program perawatan/pengobatan jangka	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Keletihan menurun dengan KH: 1. Verbalisasi pemulihan energy meningkat 2. Tenaga meningkat 3. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 4. Verbalisasi lelah menurun 5. Lesu menurun	Intervensi utama 1. Edukasi Aktivitas/Istirahat 2. Manajemen Energi

panjang - Peristiwa hidup negative - Stress berlebihan - Depresi		
Kesiapan peningkatan tidur Penyebab: -	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan kesiapan peningkatan tidur membaik dengan KH: - keluhan sulit tidur menurun - keluhan sering terjaga menurun - keluhan tidak puas tidur menurun - keluhan pola tidur berubah menurun - keluhan istirahat tidak cukup menurun	Intervensi utama - Dukungan Tidur - Edukasi Aktivitas
Risiko intoleransi aktivitas Faktor risiko: - Gangguan sirkulasi - Ketidakbugaran status fisik - Riwayat intoleransi aktivitas sebelumnya - Tidak berpengalaman dengan suatu aktivitas - Gangguan pernapasan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan risiko intoleransi aktivitas menurun dengan KH: - Frekuensi nadi meningkat - Keluhan lelah menurun - Dispnea saat aktivitas menurun - Dispnea setelah aktivitas menurun	Intervensi utama - Manajemen Energi - Promosi latihan fisik

3. Implementasi atau Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan adalah relisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah & Waid, 2016:99).

4. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Beberapa tujuan evaluasi antara lain: mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, meneruskan rencana tindakan keperawatan. Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut.

a. S : data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O : Data Objektif

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien, dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan asal / diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif.

d. P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, tindakan yang telah menunjukkan

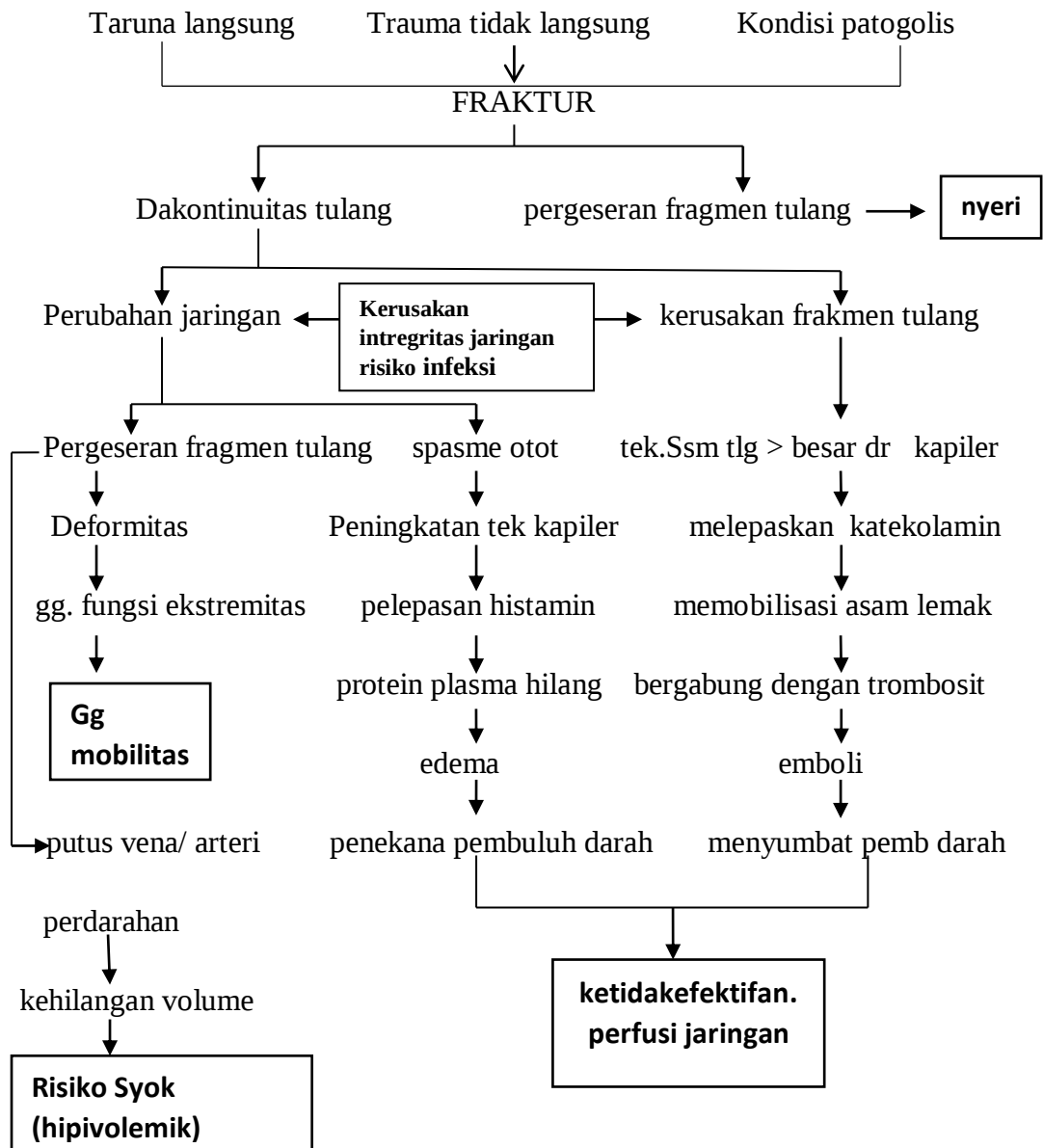
hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah pasien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu di modifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah pasien, tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain yang diduga dapat mempercepat proses penyembuhan. Sedangkan, rencana tindakan yang baru/ sebelumnya tidak ada dapat di tentukan bila timbul masalah baru atau rencana tindakan yang sudah ada tidak kompeten lagi untuk menyelesaikan masalah yang ada (Rohmah & Wahid, 2016:105 & 109).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Kondisi klinis terkait dalam gangguan mobilitas fisik yaitu :

- a. Stroke
- b. Cedera medulla spinalis
- c. Trauma
- d. Fraktur
- e. Osteoartritis
- f. Osteomalasia
- g. Keganasan

2. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Fraktur
(Sumber: Nurarif, Amin Huda, 2013;165)

3. Patofisiologi Fraktur

Dapat dijelaskan bahwa fraktur disebabkan oleh trauma langsung, trauma tidak langsung dan kondisi patologis. Fraktur yang terjadi mengakibatkan pergeseran fragmen tulang dan diskontinuitas tulang. Pada kasus pergeseran fragmen tulang, biasanya menimbulkan masalah nyeri. Diskontinuitas tulang (patah tulang) mengakibatkan perubahan pada jaringan sekitar sehingga menyebabkan pergeseran fragmen tulang. Hasil tersebut mengakibatkan deformitas atau bentuk tulang yang abnormal. Tulang yang mengalami deformitas akan terjadi gangguan pada fungsinya sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik, kekakuan otot akan menurun dan sulit menggerakkan ekstremitas.

Diskontinuitas tulang juga menyebabkan lacerasi atau robekan pada kulit sehingga menimbulkan masalah kerusakan integritas kulit, biasanya tampak kemerahan, pendarahan, dan kerusakan pada lapisan kulit tersebut. Pada kasus pasien yang mengalami masalah kerusakan integritas kulit, biasanya tampak kemerahan, perdarahan sehingga pasien kehilangan volume cairan dan menimbulkan masalah syok hipovolemik. Pasien dengan masalah syok hipovolemik biasanya merasa lemas, haus, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit kurang elastis, membran mukosa kering, volume urin menurun, suhu tubuh meningkat.

Selain itu, diskontinuitas tulang menyebabkan spasme otot kemudian terjadi peningkatan tekanan kapiler. Hal tersebut merangsang pelepasan histamin yang mengakibatkan hilangnya protein plasma. Hal tersebut menimbulkan edema. Edema dapat menekan pembuluh darah sehingga terjadi penurunan perfusi jaringan.

Kerusakan fragmen tulang mengakibatkan tekanan sum-sum tulang lebih tinggi dari kapiler sehingga menyebabkan reaksi stres dari pasien. Ketika seseorang stres, tubuh akan melepaskan katekolamin. Katekolamin tersebut akan memobilisasi asam lemak bergabung dengan trombosit. Hal tersebut menyebabkan emboli dan menyumbat pembuluh darah sehingga

menimbulkan masalah gangguan perfusi jaringan terjadi penurunan oksigen yang mengakibatkan kegagalan pengiriman nutrisi ke jaringan pada tingkat kapiler.