BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

1. Teori Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostasis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologi, dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah hirarki kebutuhan dasar manusia maslow. Hirarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni :

a. Kebutuhan Fisiologis (*physiologic needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hirarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologis nya dibandingkan kebutuhan yang lain. Sebagai contoh, seseorang yang kekurangan makanan, keselamatan, dan cinta biasanya akan berusaha memenuhi kebutuhan akan makanan sebelum memenuhi kebutuhan akan cinta. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu :

- 1) Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas
- 2) Kebutuhan cairan dan elektrolit
- 3) Kebutuhan makanan
- 4) Kebutuhan eliminasi urine dan alvi
- 5) Kebutuhan istirahat dan tidur
- 6) Kebutuhan aktivitas

- 7) Kebutuhan kesehatan temperature tubuh
- 8) Kebutuhan seksual (Rosmalawati, 2016).

Kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang, tetapi penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia.

- b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*)
Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi :
 - 1) Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi
 - 2) Bebas dari rasa takut dan kecemasan
 - 3) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang buruk atau asing (Rosmalawati, 2016).
- c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*). Kebutuhan ini meliputi:
 - 1) Memberi dan menerima kasih sayang
 - 2) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain
 - 3) Kehangatan
 - 4) Persahabatan
 - 5) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan social (Rosmalawati, 2016).
- d. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*). Kebutuhan ini meliputi:
 - 1) Perasaan tidak bergantung pada orang lain
 - 2) Kompeten
 - 3) Penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain
- e. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualizing*). Kebutuhan ini meliputi :
 - 1) Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri)
 - 2) Belajar memahami kebutuhan sendiri
 - 3) Tidak emosional

- 4) Mempunyai dedikasi yang tinggi
- 5) Kreatif
- 6) Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya

Dengan mengetahui konsep kebutuhan dasar manusia menurut Maslow, kita perlu memahami bahwa:

- 1) Manusia senantiasa berkembang sehingga dapat mencapai potensi diri dengan maksimal.
- 2) Kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi tidak akan terpenuhi dengan baik sampai kebutuhan di bawahnya terpenuhi.
- 3) Jika kebutuhan dasar pada tiap tingkatan tidak terpenuhi, pada akhirnya akan muncul suatu kondisi patologis.
- 4) Setiap orang mempunyai kebutuhan dasar yang sama, dan setiap kebutuhan tersebut dimodifikasi sesuai budaya masing-masing.
- 5) Setiap orang memenuhi kebutuhan dasarnya menurut prioritas
- 6) Walaupun kebutuhan pada umumnya harus dipenuhi, tetapi beberapa kebutuhan sifatnya dapat ditunda.
- 7) Kegagalan dalam memenuhi kebutuhan menyebabkan ketidakseimbangan homeostatis. Kondisi ini lebih lanjut dapat menimbulkan penyakit.
- 8) Kebutuhan dapat menyebabkan seseorang berpikir dan bergerak untuk memenuhinya. Ini disebabkan oleh rangsangan yang berasal dari factor internal dan eksternal.
- 9) Seseorang dapat merasakan adanya kebutuhan sehingga dapat berespons melalui berbagai cara
- 10) Kebutuhan dasar sifatnya saling berkaitan; beberapa kebutuhan yang tidak terpenuhi akan memengaruhi kebutuhan lainnya.

Konsep hirarki diatas menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah, dan kebutuhannya pun terus berkembang. Jika seseorang merasakan kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan itu terganggu, akan timbul suatu kondisi patologis (Rosmalawati, 2016).

2. Faktor Yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan

Secara umum, terdapat beberapa faktor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan manusia. Faktor-faktor tersebut meliputi :

a. Penyakit

Saat seseorang sakit dalam kondisi sakit, ia tidak akan mampu memenuhi kebutuhannya sendiri. Dengan demikian, individu tersebut akan bergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasarnya (Rosmalawati, 2016).

b. Hubungan yang berarti

Keluarga merupakan system pendukung bagi individu (klien). Selain itu, keluarga juga dapat membantu klien dalam menyadari kebutuhannya dan mengembangkan cara yang sehat untuk memenuhi kebutuhannya tersebut. Dalam praktek di tatanan layanan kesehatan, perawat dapat membantu upaya pemenuhan kebutuhan dasar klien yang membina hubungan yang berarti (Rosmalawati, 2016).

c. Konsep diri

Individu dengan konsep diri yang positif akan mudah mengenali dan memenuhi kebutuhannya 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.

d. Tahap perkembangan

Dalam hal ini, pemenuhan kebutuhan dasar akan dipengaruhi oleh perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku individu sebagai hasil dari interaksinya dengan lingkungan (Rosmalawati, 2016).

e. Struktur keluarga

Struktur keluarga dapat memengaruhi cara klien memuaskan kebutuhannya. Sebagai contoh, seorang ibu mungkin akan mendahulukan kebutuhan bayinya dibandingkan kebutuhannya

sendiri. Misalnya, saat ia menunda makan atau tidurnya untuk menyusui bayinya (Rosmalawati, 2016).

B. Asuhan Keperawatan Kebutuhan Aktivitas

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Budiono & Sumirah dalam Konsep Dasar Keperawatan, 2016).

Menurut Hidayat dan Uliyah (2014) pengkajian keperawatan pada pasien pemenuhan kebutuhan aktivitas meliputi :

a. Riwayat Keperawatan Sekarang

Pengkajian riwayat pasien saat ini meliputi alasan pasien yang menyebabkan terjadi keluhan/gangguan dalam mobilitas dan imobilitasnya, seperti adanya nyeri, kelemahan otot, kelelahan, tingkat mobilitas dan imobilitas, daerah terganggunya mobilitas dan imobilitas, dan lama terjadinya gangguan mobilitas.

b. Riwayat Keperawatan Penyakit Dahulu

Pengkajian riwayat penyakit yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan aktivitas, misalnya adanya riwayat penyakit sistem neurologis (kecelakaan serebrovaskuler, trauma kepala, peningkatan tekanan intrakranial, miastenia gravis, gullain barre, cedera medula spinalis, dan lain-lain), riwayat penyakit sistem kardiovaskuler (infark miokard, gagal jantung kongestif), riwayat penyakit sistem muskuloskeletal (osteoporosis, fraktur, artritis), riwayat penyakit sistem pernapasan (penyakit paru obstruksi menahun, pneumonia, dan

lain-lain), riwayat pemakaian obat, seperti sedativa, hipnotik, depresan sistem saraf pusat, laksansia, an lain-lain.

c. Kemampuan Fungsi Motorik

Pengkajian dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, bangun, dan berpindah tanpa bantuan. Kategori tingkat kemampuan aktivitas adalah sebagai berikut :

d. Kemampuan Rentang Gerak

Pengkajian rentang gerak (range of motion-ROM) dilakukan pada daerah seperti bahu, siku, lengan, panggul, dan kaki.

e. Perubahan Intoleransi aktivitas

Pengkajian intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan perubahan pada sistem pernapasan, antara lain suara napas, analisis gas darah, gerakan dinding toraks, adanya mukus, batuk yang produktif diikuti panas, dan nyeri saat respirasi. Pengkajian intoleransi aktivitas terhadap perubahan sistem kardiovaskuler, seperti nadi dan tekanan darah, gangguan sirkulasi perifer, adanya trombus, serta perubahan tanda vital setelah melakukan aktivitas atau perubahan posisi.

f. Kekuatan Otot dan Gangguan Koordinasi

h. Perubahan Psikologis

Pengkajian perubahan psikologis yang disebabkan oleh adanya gangguan aktivitas/mobilitas, antara lain perubahan perilaku, peningkatan emosi, perubahan dalam mekanisme koping, dan lain-lain.

Menurut Umi Istianah (2017) pengkajian pada pasien fraktur antara lain :

a) Identitas Klien

Meliputi: Nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku, bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa medis, no. registrasi.

b) Keluhan utama

Pasien tidak dapat melakukan pergerakan, merasakan nyeri pada area fraktur, rasa lemah dan tidak dapat melakukan aktivitas.

- c) Riwayat Kesehatan Sekaran
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.
 - e) Riwayat Kesehatan Keluarga
Apakah ada anggota keluarga pasien memiliki penyakit keturunan yang mungkin akan mempengaruhi kondisi sekarang.
 - f) Riwayat Psikososial
Konsep diri pasien imobilisasi mungkin terganggu, oleh karena itu kaji gambaran ideal diri, harga diri, dan 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) Kondisi umum
Pasien imobilisasi biasanya mengalami kelemahan, kurangnya kebersihan diri dan penurunan berat badan.
 - 2) Sistem Pernafasan
Pengkajian untuk mendeteksi sekret, gerak dada saat bernapas auskultasi bunyi napas, dan nyeri pada daerah dada serta frekuensi napas.
- Menurut Mutaqqin dan Sari (2009) pemeriksaan fisik pada fraktur femur yaitu:
- a. Look, pada fraktur femur terbuka terlihat adanya luka terbuka pada paha dengan deformitas yang jelas. Kaji berapa luas kerusakan jaringan lunak yang terlibat. Kaji apakah pada luka terbuka ada fragmen tulang yang keluar dan apakah terdapat

adanya kerusakan pada arteri yang berisiko meningkatkan respons syok hipovolemik. Pada fase awal trauma sering didapatkan adanya serpihan didalam luka, terutama pada trauma kecelakaan lalu lintas darat yang mengantarkan pada risiko tinggi infeksi. Pada pemeriksaan look akan didapatkan adanya pemendekan ekstremitas. Pemendekan akan tampak jelas derajatnya dengan cara mengukur kedua sisi tungkai dari spina iliaca ke maleolus.

- b. Feel, adanya keluhan nyeri tekan (tenderness) dan adanya krepitasi.
 - c. Move, daerah tungkai yang patah tidak boleh digerakkan, karena akan memberikan respons trauma pada jaringan lunak disekitar ujung fragmen tulang yang patah. Pasien terlihat tidak mampu melakukan pergerakan pada sisi paha yang patah
- i) Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada kasus fraktur menurut Umi Istianah (2017) adalah :

1) Foto rontgen (X-ray)

Unuk menentukan lokasi dan luasnya fraktur

2) Scan tulang, tomogram, atau scan CT/MRI
untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas,
mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak

3) Arteriogram

dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler

4) Hitung darah lengkap

Hemokonsentrasi mungkin meningkat atau menurun pada perdarahan, selain itu peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai respons terhadap peradangan.

5) Kreatinin

Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal

6) Profil koagulasi

Perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi atau cedera organ hati.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual atau potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon klien terhadap masalah. Manfaat diagnosa keperawatan adalah sebagai pedoman pemberian asuhan keperawatan dan menggambarkan suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah. Menurut SDKI (2016) masalah keperawatan yang muncul pada klien gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas antara lain yaitu gangguan mobilitas fisik, intoleransi aktivitas, keletihan dan risiko intoleransi aktivitas. Diantara masalah keperawatan tersebut kondisi klinis terkait dengan fraktur adalah intoleransi aktivitas dan gangguan mobilitas fisik.

1. Intoleransi Aktivitas

a. Definisi Intoleransi Aktivitas

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

b. Penyebab

- 1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 2) Tirah baring
- 3) Kelemahan
- 4) Imobilitas
- 5) Gaya hidup monoton

c. Gejala dan Tanda Minor Subjektif

- 1) Mengeluh lelah Objektif
- 1) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

d. Gejala dan Tanda Mayor Subjektif

- a) Dispnea saat/setelah aktivitas
- b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- c) Merasa lelah Objektif
- d) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat

- e) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
- f) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- g) Sianosis
- e. Kondisi Klinis Terkait
 - 1) Anemia
 - 2) Gagal jantung kongestif
 - 3) Penyakit jantung koroner
 - 4) Penyakit katup jantung
 - 5) Aritmia
 - 6) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
 - 7) Gangguan metabolik
 - 8) Gangguan muskuloskeletal
- 2. Gangguan Mobilitas Fisik
 - a. Definisi Mobilitas Fisik

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.
 - b. Penyebab
 - 1) Kerusakan integritas struktur tulang
 - 2) Perubahan metabolisme
 - 3) Ketidakbugaran fisik
 - 4) Penurunan masa otot
 - 5) Penurunan kekuatan otot
 - 6) Keterlambatan perkembangan
 - 7) Kekakuan sendi
 - 8) Kontraktur
 - 9) Malnutrisi
 - 10) Gangguan muskuloskeletal
 - 11) Gangguan neuromuskular
 - 12) Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
 - 13) Efek agen farmakologis
 - 14) Program pembatasan gerak
 - 15) Nyeri

- 16) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
 - 17) Kecemasan
 - 18) Gangguan kognitif
 - 19) Keengganan melakukan pergerakan
 - 20) Gangguan sensoripersepsi
- c. Gejala dan Tanda Mayor Subjektif
- 1) Menegluh sulit menggerakkan ekstermitas Objektif
 - 2) Kekuatan otot menurun
 - 3) Rentang gerak (ROM) menurun
- d. Gejala dan Tanda Minor Subjektif
- a) Nyeri saat bergerak
 - b) Enggan melakukan pergerakan
 - c) Merasa cemas saat bergerak Objektif
 - d) Sendi kaku
 - e) Gerakan tidak terkoordinasi
 - f) Gerakan terbatas
 - g) Fisik lemah
- e. Kondisi kinis terkait
- 1) Stroke
 - 2) Cedera medula spinalis
 - 3) Trauma
 - 4) Fraktur
 - 5) Osteoarthritis
 - 6) Ostemalasia

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan kebutuhan aktivitas menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) adalah :

Tabel 2.1
Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga 4x45 menit diharapkan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam keluarga mampu: TUK I: 1. Mengetahui pengertian dari fraktur femur 2. keluarga mampu menyebutkan pengertian dari gangguan mobilitas fisik	Respon verbal	a. Keluarga mampu menyebutkan pengertian dari fraktur femur 1) fraktur femur adalah patah tulang atau terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang ditentukan sesuai dengan jenis dan luasnya. b. Keluarga mampu menyebutkan pengertian gangguan mobilitas fisik. 1) Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	Kaji pengetahuan keluarga tentang pengertian fraktur femur berikan informasi kepada keluarga mengenai penyebab fraktur femur dan tanda gejala fraktur femur berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya tentang materi yang telah disampaikan berikan penjelasan ulang terhadap materi yang belum dimengerti motivasi keluarga untuk mengulang materi yang telah dijelaskan berikan reinforcement positif terhadap usaha keluarga diskusikan bersama keluarga apa yang diketahui mengenai gangguan mobilitas fisik berikan informasi kepada keluarga tentang faktor penyebab gangguan mobilitas fisik berikan kesempatan keluarga untuk berikan penjelasan ulang terhadap materi yang belum dimengerti motivasi keluarga untuk mengulang materi berikan pujian kepada keluarga tentang pemahaman mengenai materi Berikan reinforcement positif atas usahanya

		<p>TUK 2 Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam selama 4 hari diharapkan keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada masalah fraktur femur</p> <p>1.keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit</p>	Respon verbal	Keputusan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit	<p>kaji ulang pengertian fraktur femur dan gangguan mobilitas fisik</p> <p>ajarkan kepada keluarga cara merawat anggota keluarga yang sakit</p> <p>beri kesempatan keluarga untuk bertanya kembali</p> <p>evaluasi kembali tentang pemahaman keluarga pada materi</p> <p>Berikan reinforcement positif atas usaha nya</p>
		<p>TUK 3 Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam selama 4 hari diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit</p> <p>1.mengajarkan kepada anggota keluarga bagaimana cara melatih teknik nonfarmakologi sederhana</p>	Respon verbal	<p>Keluarga dapat melakukan ambulasi dini untuk melatih gerak fisik anggota keluarga yang sakit</p> <p>keluarga dapat mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan melakukan rendam kaki dengan air hangat</p> <p>keluarga mampu melatih anggota keluarga yang sakit dengan melatih</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji ulang pengetahuan keluarga tentang pengertian mobilitas fisik 2. Diskusikan dengan keluarga bagaimana cara melatih ambulasi dini 3. Ajarkan keluarga cara melatih anggota keluarga yang sakit 4. beri kesempatan keluarga untuk bertanya kembali 5. Evaluasi kembali tentang pemahaman keluarga pada materi 6. Berikan reinforcement positif atas usaha nya <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan kepada keluarga manfaat dari ambulasi dini 2. Informasikan kepada keluarga komplikasi yang mungkin terjadi apabila gangguan mobilitas fisik tidak ditangani dengan baik 3. berikan kesempatan keluarga untuk bertanya

		2. keluarga dapat menyebutkan manfaat dari ambulasi dini 3. keluarga dapat membantu anggota keluarga yang sakit dalam mengurangi masalah gangguan mobilitas fisik	Respon motorik	imobilisasi dini	4. berikan reinforcement positif terhadap usaha keluarga 1. diskusikan dengan keluarga bagaimana cara melakukan ambulasi dini 2. diskusikan dengan keluarga bagaimana cara melakukan ambulasi dini 3. ajarkan keluarga cara melakukan imobilisasi dini 4. beritahu keluarga manfaat dari melath ambulasi dini 5. motifasi keluarga yang sakit untuk selalu mengikuti latihan 6. ajarkan keluarga untuk membuat jadwal latihan sederhana 7. beri kesempatan keluarga untuk bertanya 8. Berikan reinforcement positif atas usaha nya
		TUK 4 Setelah dilakukan kunjungan rumah 1x24 jam selama 4 hari keluarga mampu memodifikasi lingkungan 1. keluarga dapat memodifikasi lingkungan tempat tinggal dalam	Respon motorik	Keluarga dapat menyebutkan dan menjelaskan tentang lingkungan rumah yang sehat dan aman bagi anggota yang sakit. 1. pencahayaan yang cukup 2. ventilasi yang cukup 3. lantai tidak licin dan berdebu 4. rumah selalu dalam keadaan bersih 5. udara bersih dari debu dan polusi	1. beri penjelasan kepada keluarga tentang kesehatan menjaga lingkungan 2. kaji pengalama keluarga tentang lingkungan / suasana yang dapat membuat rasa nyaman dalam beraktivitas 3. diskusikan dengan keluarga tentang tata cara modifikasi lingkungan agar menghindari terjadinya lantai licin, penataan prabotan yang akan membuat An. R jatuh 4. beri kesempatan keluarga untuk bertanya 5. evaluasi kembali pengetahuan keluarga tentang modifikasi lingkungan sehat 6. Berikan reinforcement positif atas usaha nya
		TUK 5 Memanfaatkan fasilitas kesehatan: -menyebut kan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat digunakan setelah dilakukan kunjungan 1x24 jam	Respon verbal Respon	Kegunaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi keluarga: 1. mendapatkan pemeriksaan 2. mendapatkan perawatan 3. mendapatkan penyuluhan / pendidikan kesehatan 4. keluarga mampu menyebutkan jenis fasilitas kesehatan yang ada dan manfaat kunjungan	1. Beri penjelasan kepada keluarga pentingnya memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk anggota keluarga yang sakit 2. beri motifasi dan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit untuk selalu memeriksakan kesehatannya ke puskesmas 3. beri motifasi kepada anggota keluarga untuk selalu menjaga kesahatan anggota keluarganya yang sakit

;

		selama 4 hari keluarga mampu a. memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitar lingkungan tempat tinggal b. Melakukan pemeriksaan rutin pada fasilitas kesehatan	verbal Respon motorik	kefasilitas kesehatan 5. Keluarga bersedia memeriksa kesehatannya minimal 1 bulan sekali kefasilitas kesehatan yang ada disekitar lingkungan atau puskesmas	4. motivasi keluarga untuk membawa klien ke pelayanan kesehatan 5. beri kesempatan keluarga untuk bertanya 6. evaluasi kembali pengetahuan keluarga tentang memanfaatkan fasilitas kesehatan 7. Berikan reinforcement positif atas usaha nya 8. Monitor TTV 9. Monitor status kesehtan klien
--	--	--	---------------------------------	---	---

4. Implementasi atau Pelaksanaan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pelaksanaan adalah pemberian asuhan keperawatan secara nyata berupa serangkaian kegiatan sistematis berdasarkan perencanaan untuk mencapai hasil yang optimal. Pada tahap ini perawat menggunakan segala kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien baik secara umum maupun secara khusus (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010)

5. Evaluasi

Evaluasi adalah stadium pada proses keperawatan dimana taraf keberhasilan dalam pencapaian tujuan keperawatan dinilai dari kebutuhan untuk memodifikasi tujuan atau intervensi keperawatan ditetapkan. Tahap evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010)

C. Konsep Kebutuhan Aktivitas

1. Pengertian Aktivitas

Gangguan aktivitas merupakan keadaan di mana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas, dan sebagainya (Widuri, 2010). Gangguan aktivitas adalah keterbatasan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif .A.H. & Kusuma. H, 2015).

Gangguan aktivitas didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerakan fisik. Individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerakan fisik antara lain: lansia, individu dengan penyakit yang mengalami penurunan kesadaran lebih dari 3 hari atau lebih, individu yang kehilangan fungsi anatomic akibat perubahan fisiologik (kehilangan fungsi motorik, klien dengan stroke, klien penggunaa kursi roda), penggunaan alat eksternal (seperti gips atau traksi), dan pembatasan gerakan volunter, atau gangguan fungsi motorik dan rangka (Kozier et al., 2010).

2. Jenis Aktivitas

- a. Aktivitas fisik, merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan, seperti pada pasien dengan hemiplegia yang tidak mampu mempertahankan tekanan di daerah paralisis sehingga tidak dapat mengubah posisi tubuhnya untuk mengurangi tekanan.
- b. Aktivitas intelektual, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami keterbatasan daya pikir, seperti pada pasien yang mengalami kerusakan otak akibat suatu penyakit.
- c. Aktivitas emosional, keadan ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri. Sebagai contoh, keadaan stres berat dapat disebabkan karena bedah amputasi ketika seseorang mengalami

kehilangan bagian anggota tubuh atau kehilangan sesuatu yang paling dicintai.

- d. Aktivitas sosial, keadaan individu yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial karena keadaan penyakit sehingga dapat memengaruhi perannya dalam kehidupan social (Widuri, 2011).

3. Etiologi

penyebab terjadinya gangguan aktivitas (Tim Pokja DPP PPNI, 2017) yaitu :

- a. Penurunan kendali otot
- b. Penurunan kekuatan otot
- c. Kekakuan sendi
- d. Kontraktur
- e. Gangguan muskuloskeletal
- f. Gangguan neuromuscular
- g. Keengganan melakukan pergerakan

4. Dampak Gangguan Aktivitas

Aktivitas dalam tubuh dapat memengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernafasan, perubahan kardiovaskular, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil), dan perubahan perilaku (Widuri, 2011).

a. Perubahan Aktivitas

Secara umum gangguan aktivitas dapat mengganggu metabolisme secara normal, mengingat imobilitas dapat menyebabkan turunnya kecepatan metabolisme dalam tubuh. Hal tersebut dapat dijumpai pada menurunnya basal metabolism rate (BMR) yang menyebabkan berkurangnya energi untuk perbaikan sel-sel tubuh, sehingga dapat memengaruhi gangguan oksigenasi sel. Perubahan metabolisme gangguan aktivitas dapat mengakibatkan proses anabolisme menurun dan katabolisme meningkat. Keadaan ini

dapat berisiko meningkatkan gangguan metabolisme. Proses imobilitas dapat juga menyebabkan penurunan ekskresi urine dan peningkatan nitrogen. Hal tersebut dapat ditemukan pada pasien yang mengalami imobilitas pada hari kelima dan keenam. Beberapa dampak perubahan metabolisme, di antaranya adalah pengurangan jumlah metabolisme, atrofi kelenjar dan katabolisme protein, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, demineralisasi tulang, gangguan dalam mengubah zat gizi, dan gangguan gastrointestinal (Widuri, 2011).

b. Ketidak seimbangan cairan dan elektrolit

Terjadinya ketidakseimbangan cairan dan elektrolit sebagai dampak dari gangguan aktivitas akan mengakibatkan persediaan protein menurun dan konsentrasi protein serum berkurang sehingga dapat mengganggu kebutuhan cairan tubuh. Di samping itu, berkurangnya perpindahan cairan dari intravaskular ke interstisial dapat menyebabkan edema sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Imobilitas juga dapat menyebabkan demineralisasi tulang akibat menurunnya aktivitas otot, sedangkan meningkatnya demineralisasi tulang dapat mengakibatkan reabsorpsi kalium (Widuri, 2011).

c. Gangguan perubahan zat gizi

Terjadinya gangguan zat gizi disebabkan oleh menurunnya pemasukan protein dan kalori dapat mengakibatkan perubahan zat-zat makanan pada tingkat sel menurun, di mana sel tidak lagi menerima glukosa, asam amino, lemak, dan oksigen dalam jumlah yang cukup untuk melaksanakan aktivitas metabolisme.

d. Gangguan fungsi gastrointestinal

Gangguan aktivitas dapat menyebabkan gangguan fungsi gastrointestinal. Hal ini disebabkan karena gangguan aktivitas dapat menurunkan hasil makanan yang dicerna, sehingga penurunan jumlah masukan yang cukup dapat menyebabkan keluhan, seperti

perut kembung, mual, dan nyeri lambung yang dapat menyebabkan gangguan proses eliminasi (Widuri, 2011).

e. Perubahan sistem pernapasan

Imobilitas menyebabkan terjadinya perubahan sistem pernapasan. Akibat gangguan aktivitas, kadar haemoglobin menurun, ekspansi paru menurun, dan terjadinya lemah otot yang dapat menyebabkan proses metabolisme terganggu. Terjadinya penurunan kadar haemoglobin dapat menyebabkan penurunan aliran oksigen dari alveoli ke jaringan, sehingga mengakibatkan anemia. Penurunan ekspansi paru dapat terjadi karena tekanan yang meningkat oleh permukaan paru (Widuri, 2011).

f. Perubahan kardiovaskular

Perubahan sistem kardiovaskular akibat gangguan aktivitas antara lain dapat berupa hipotensi ortostatik, meningkatnya kerja jantung, dan terjadinya pembentukan trombus. Terjadinya hipotensi ortostatik dapat disebabkan oleh menurunnya kemampuan saraf otonom. Pada posisi yang tetap dan lama, refleks neurovaskular akan menurun dan menyebabkan vasokonstriksi, kemudian darah terkumpul pada vena bagian bawah sehingga aliran darah ke sistem sirkulasi pusat terhambat. Meningkatnya kerja jantung dapat disebabkan karena gangguan aktivitas dengan posisi horizontal. Dalam keadaan normal, darah yang terkumpul pada ekstermitas bawah bergerak dan meningkatkan aliran vena kembali ke jantung dan akhirnya jantung akan meningkatkan kerjanya. Terjadinya trombus juga disebabkan oleh vena statis yang merupakan hasil penurunan kontraksi muskular sehingga meningkatkan arus balik vena (Widuri, 2011).

g. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan yang terjadi dalam sistem muskuloskeletal sebagai dampak dari imobilitas adalah sebagai berikut:

1) Gangguan Muskular

Menurunnya massa otot sebagai dampak imobilitas dapat menyebabkan turunya kekuatan otot secara langsung. Menurunnya fungsi kapasitas otot ditandai dengan menurunnya stabilitas. Kondisi berkurangnya massa otot dapat menyebabkan atrofi pada otot. Sebagai contoh, otot betis seseorang yang telah dirawat lebih dari enam minggu ukurannya akan lebih kecil selain menunjukkan tanda lemah atau lesu.

2) Gangguan Skeletal

Adanya gangguan aktivitas juga dapat menyebabkan gangguan skeletal, misalnya akan mudah terjadinya kontraktur sendi dan osteoporosis. Kontraktur merupakan kondisi yang abnormal dengan kriteria adanya fleksi dan fiksasi yang disebabkan atrofi dan memendeknya otot. Terjadinya kontraktur dapat menyebabkan sendi dalam kedudukan yang tidak berfungsi.

h. Perubahan sistem integumen

Perubahan sistem integumen yang terjadi berupa penurunan elastisitas kulit karena menurunnya sirkulasi darah akibat aktivitas dan terjadinya iskemia serta nekrosis jaringan superfisial dengan adanya luka dekubitus sebagai akibat tekanan kulit yang kuat dan sirkulasi yang menurun ke jaringan.

i. Perubahan Eliminasi

Perubahan dalam eliminasi misalnya penurunan jumlah urine yang mungkin disebabkan oleh kurangnya asupan dan penurunan curah jantung sehingga aliran darah renal dan urine berkurang.

j. Perubahan perilaku

Perubahan perilaku sebagai akibat gangguan aktivitas, antara lain timbulnya rasa bermusuhan, bingung, cemas, emosional tinggi, depresi, perubahan siklus tidur dan menurunnya coping mekanisme. Terjadinya perubahan perilaku tersebut merupakan dampak gangguan aktivitas karena selama proses gangguan aktivitas seseorang akan mengalami perubahan peran, konsep diri, kecemasan, dan lain-lain (Widuri, 2010).

D. Konsep Dasar Keluarga

1. Definisi Keluarga

Menurut Nasir & Muhith (2011), keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh keturunan atau perkawinan. Sementara itu, menurut PP No. 21 tahun 1994, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas suami– istri, atau suami, istri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Sementara itu, menurut WHO keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Berdasarkan tiga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sebuah unit terkecil dalam kehidupan sosial dalam masyarakat yang terdiri atas orang tua dan anak baik yang terhubung melalui pertalian darah, perkawinan, maupun adopsi (Widagdo, 2016).

Menurut ahli keluarga yaitu Friedman (1998, dalam Nasir & Muhith, 2011), menjelaskan bahwa keluarga dalam memenuhi kebutuhan kehidupannya memiliki fungsi-fungsi dasar keluarga. Fungsi dasar tersebut terbagi menjadi lima fungsi yang salah satunya adalah fungsi efektif, yaitu fungsi keluarga untuk pembentukan dan pemeliharaan kepribadian anak-anak, pemantapan kepribadian orang dewasa, serta pemenuhan kebutuhan psikologis para anggotanya. Apabila fungsi efektif ini tidak dapat berjalan semestinya, maka akan terjadi gangguan psikologis yang berdampak pada kejiwaan dari keseluruhan unit keluarga tersebut. Banyak kejadian dalam keluarga yang terkait fungsi efektif ini yang bisa memicu terjadinya gangguan kejiwaan baik pada anggotanya maupun pada keseluruhan unit keluarganya, contoh kejadian-kejadian tersebut seperti perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, kultural, dan lain-lain. Kejadian tersebut tidak semata-mata muncul, tetapi selalu ada pemicunya, dalam konsep keluarga yang biasanya menjadi pemicu adalah struktur nilai, struktur peran, pola komunikasi, pola interaksi, dan iklim keluarga yang mendukung untuk mencetuskan kejadian-kejadian yang memicu terjadinya gangguan kejiwaan pada keluarga tersebut (Widagdo, 2016).

2. Peran Keluarga

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran merujuk kepada beberapa perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normative dari seseorang peran dalam situasi social tertentu (Mubarak, 2019). Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat (Setiadi, 2018). Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

a. Peran Ayah

1) Ayah sebagai *sex partner*

Ayah merupakan *sex partner* yang setia bagi istrinya. Sebagai *sex partner*, seorang ayah harus dapat melaksanakan peran ini dengan diliputi oleh rasa cinta kasih yang mendalam. Seorang ayah harus mampu mencintai istrinya dan jangan minta dicintai oleh istrinya (Widagdo, 2016).

2) Ayah sebagai pencari nafkah

Tugas ayah sebagai pencari nafkah merupakan tugas yang sangat penting dalam keluarga. Penghasilan yang cukup dalam keluarga mempunyai *dampak* yang baik sekali dalam keluarga. Penghasilan yang kurang cukup menyebabkan kehidupan keluarga yang kurang lancar. Lemah kuatnya ekonomi tergantung pada penghasilan ayah. Sebab segala segi kehidupan dalam keluarga perlu biaya untuk sandang, pangan, perumahan, pendidikan dan pengobatan. Untuk seorang ayah harus mempunyai pekerjaan yang hasilnya dapat dipergunakan untuk mencukupi kebutuhan keluarga (Setiadi, 2018).

3) Ayah sebagai pendidik

Peran ayah sebagai pendidik merupakan peran yang penting. Sebab peran ini menyangkut perkembangan peran dan pertumbuhan pribadi anak. Ayah sebagai pendidik terutama menyangkut pendidikan yang bersifat rasional. Pendidikan mulai diperlukan sejak anak umur tiga tahun ke atas, yaitu saat anak mulai mengembangkan ego dan super egonya. Kekuatan ego ini sangat diperlukan untuk mengembangkan kemampuan realitas hidup yang terdiri dari segala jenis persoalan yang harus dipecahkan. Jika peran ini difokuskan pada keinginan orang tua ataupun ayahnya maka tumbuh kembang anak terganggu baik fisik maupun psikologinya. Dan akan merasa tertekan, jika hal ini berkelanjutan akan menimbulkan dampak pada psikologi yang abnormal seperti depresi, sifat yang agresif dan gangguan psikologi yang lain (Huraerah, 2017).

b. Peran Ibu

1) Ibu sebagai pendidik

Peran ini dapat dipenuhi dengan baik, bila ibu mampu menciptakan iklim psikis yang gembira, bahagia dan bebas sehingga suasana rumah tangga menjadi semarak dan bisa memberikan rasa aman, bebas, hangat, menyenangkan serta penuh kasih sayang. Dengan begitu anak-anak dan suami akan betah tinggal di rumah. Iklim psikologis penuh kasih sayang, kesabaran, ketenangan, dan kehangatan itu memberikan semacam vitamin psikologi yang merangsang pertumbuhan anak-anak menuju pada kedewasaan (Setiadi, 2018).

2) Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat

berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya (Setiadi, 2018).

3) Sebagai patner hidup

Peran ini ditujukan bagi suami yang memerlukan kebijaksanaan, mampu berpikir luas, dan sanggup mengikuti gerak langkah karir suaminya. Sehingga akan terdapat kesamaan pandangan, perasaan, dan berinteraksi secara lancar dengan mereka (Setiadi, 2018).

3. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas Kesehatan Keluarga menurut Efendi & Makhfudli (2013) adalah:

c. Mengetahui masalah kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana kesehatan habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan berapa besar perubahannya. Sejahtera mana keluarga mengetahui dan mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang memengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah (Widagdo, 2016).

d. Membuat keputusan masalah kesehatan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan. Berikut hal-hal yang harus dikaji oleh perawat :

- 1) Sejahtera mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah,
- 2) Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan,

- 3) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami,
- 4) Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit,
- 5) Apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap masalah kesehatan,
- 6) Apakah dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada,
- 7) Apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan,
- 8) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah.
- 9) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui 1 hal sebagai berikut:

- 1) Keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya),
- 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan,
- 3) Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan,
- 4) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial),
- 5) Sikap keluarga terhadap yang sakit (Widagdo, 2016).

- e. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- 1) Sumber-sumber keluarga yang dimiliki,
- 2) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan,
- 3) Pentingnya higiene sanitasi,
- 4) Upaya pencegahan penyakit,
- 5) Sikap atau pandangan keluarga terhadap higiene sanitasi,
- 6) Kekompakan antar anggota keluarga

- f. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat. Berikut merupakan pembagian dari fasilitas kesehatan masyarakat:

- 1) Keberadaan fasilitas keluarga,
- 2) Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan,
- 3) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan,
- 4) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan,
- 5) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan,
- 6) Fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Kelima tugas kesehatan keluarga tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga, perawat perlu mengkaji sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut dengan baik agar dapat memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut (Widagdo, 2016).

E. Konsep Dasar Remaja

Selama rentang kehidupan manusia, terjadi banyak pertumbuhan dan perkembangan dari mulai lahir sampai dengan meninggal dunia. Dari semua fase perkembangan manusia tersebut, salah satu yang paling penting dan paling menjadi pusat perhatian adalah masa remaja. Para orang tua, pendidik dan para tenaga profesional lainnya mencoba untuk menerangkan dan melakukan pendekatan yang efektif untuk menangani para remaja ini. Lalu ada apakah di masa remaja ini? Seberapa besarkah pentingnya untuk menangani masa remaja dan seberapa besar pengaruhnya untuk kehidupan dimasa depan individu tersebut (Ahyani, 2018).

1. Pengertian

Remaja berasal dari kata latin *adolensence* yang berarti tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa. Istilah *adolensence* mempunyai arti yang lebih luas lagi yang mencakup kematangan mental, emosional sosial dan fisik (Hurlock, 1992). Pada masa ini sebenarnya tidak mempunyai tempat yang jelas karena tidak termasuk golongan anak tetapi tidak juga golongan dewasa atau tua (Ahyani, 2018).

Menurut Hurlock (1981) remaja adalah mereka yang berada pada usia 12-18 tahun. Monks, dkk (2000) memberi batasan usia remaja adalah 12-21 tahun. Menurut Stanley Hall (Santrock, 2003) usia remaja berada pada rentang 12-23 tahun. Berdasarkan batasan-batasan yang diberikan para ahli, bisa dilihat bahwa mulainya masa remaja relatif sama, tetapi berakhirnya masa remaja sangat bervariasi. Bahkan ada yang dikenal juga dengan istilah remaja yang diperpanjang, dan remaja yang diperpendek (Ahyani, 2018).

Masa remaja adalah suatu tahap antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa. Istilah ini menunjuk masa dari awal pubertas sampai tercapainya kematangan; biasanya mulai dari usia 14 pada pria dan usia 12 pada wanita. Transisi ke masa dewasa bervariasi dari satu budaya ke kebudayaan lain, namun secara umum didefinisikan sebagai waktu dimana individu mulai bertindak terlepas dari orang tua mereka (Ahyani, 2018).

2. Tafsiran Masa Remaja

Beberapa para ahli menafsirkan masa remaja sebagai berikut:

- g. Freud: Menafsirkan masa remaja sebagai suatu masa mencari hidup seksual yang mempunyai bentuk yang definitif. Charlotte Buhler menafsirkan masa remaja sebagai masa kebutuhan isi-mengisi. Spranger memberikan tafsiran masa remaja sebagai masa pertumbuhan dengan perubahan struktur kejiwaan yang fundamental.
- h. Hofmann: Menafsirkan masa remaja sebagai suatu masa pembentukan sikap terhadap segala sesuatu yang dialami individu.
- i. G. Stanley hall: Menafsirkan masa remaja sebagai masa storm and drang (badai dan topan).
- j. Erickson: Masa remaja adalah masa terjadinya krisis identitas atau pencarian identitas diri. Gagasan Erickson ini dikuatkan oleh James Marcia yang menemukan bahwa ada empat status identitas diri pada remaja yaitu *identity diffusion/ confusion, moratorium, foreclosure, dan identity achieved* (Santrock, 2003, Papalia, dkk, 2001, Monks, dkk, 2000, Muss, 1988). Karakteristik remaja yang sedang berproses

untuk mencari identitas diri ini juga sering menimbulkan masalah pada diri remaja (Ahyani, 2018).

3. Ciri-Ciri Masa Remaja

Pada masa ini terjadi perubahan yang cepat. Disebut juga masa puber. Ciri-ciri masa remaja yaitu:

- a. Perubahan emosional secara cepat
- b. Perubahan yang cepat secara fisik
- c. Terjadi perubahan dalam keterkaitan terhadap sesuatu (Ahyani, 2018).

4. Tahapan Masa Remaja

- a. Masa remaja awal (12-15 tahun)

Pada masa ini, remaja mengalami perubahan jasmani yang sangat pesat dan perkembangan intelektual yang sangat intensif sehingga minat anak pada dunia luar sangat besar dan pada saat ini remaja tidak mau dianggap kanak-kanak lagi namun sebelum bisa meninggalkan pola kekanak-kanakannya. Selain itu pada masa ini remaja sering merasa sunyi, ragu-ragu, tidak stabil, tidak puas dan merasa kecewa (Ahyani, 2018).

- b. Masa remaja pertengahan (15-18 tahun)

Kepribadian remaja pada masa ini masih kekanak-kanakan tetapi pada masa remaja ini timbul unsur baru yaitu kesadaran akan kepribadian dan kehidupan badaniah sendiri. Remaja mulai menentukan nilai-nilai tertentu dan melakukan perenungan terhadap pemikiran filosofis dan etis. Bermula dari perasaan yang penuh keraguan pada masa remaja awal maka pada rentan usia ini mulai timbul kemantapan pada diri sendiri. Rasa Percaya diri pada remaja menimbulkan kesanggupan pada dirinya untuk melakukan penilaian terhadap tingkah laku yang dilakukannya. Selain itu pada masa ini remaja menemukan diri sendiri atau jati dirinya (Ahyani, 2018).

- c. Masa remaja akhir (18-21 tahun)

Pada masa ini remaja sudah mantap dan stabil. Remaja sudah mengenal dirinya dan ingin hidup dengan pola hidup yang digariskan sendiri dengan keberanian. Remaja mulai memahami arah hidupnya

dan menyadari tujuan hidupnya. Remaja sudah mempunyai pendirian tertentu berdasarkan satu pola yang jelas yang baru ditemukannya (Ahyani, 2018).

5. Karakteristik Masa Remaja

Masa remaja ditandai dengan adanya berbagai perubahan, baik secara fisik maupun psikis, yang mungkin saja dapat menimbulkan problema atau masalah tertentu bagi si remaja. Apabila tidak disertai dengan upaya pemahaman diri dan pengarahan diri secara tepat, bahkan dapat menjurus pada berbagai tindakan kenakalan remaja dan kriminal. Sebagai periode yang paling penting, masa remaja ini memiliki karakteristik yang khas jika dibanding dengan periode-periode perkembangan lainnya. Adapun rinciannya adalah sebagai berikut :

a. Masa remaja sebagai periode yang penting

Periode ini dianggap sebagai masa penting karena memiliki dampak langsung dan dampak jangka panjang dari apa yang terjadi pada masa ini. Selain itu, periode ini pun memiliki dampak penting terhadap perkembangan fisik dan psikologis individu, dimana terjadi perkembangan fisik dan psikologis yang cepat dan penting. Kondisi inilah yang menuntut individu untuk bisa menyesuaikan diri secara mental dan melihat pentingnya menetapkan suatu sikap, nilai-nilai dan minat yang baru (Ahyani, 2018).

b. Masa remaja sebagai periode peralihan

Peralihan tidak berarti terputus atau berubah dari yang terjadi sebelumnya tetapi peralihan dari tahap perkembangan ke tahap perkembangan berikutnya. Menurut Osterrieth “struktur psikis anak remaja berasal dari masa kanak-kanak dan banyak ciri yang umum dianggap sebagai ciri khas masa remaja sudah ada pada akhir masa kanak-kanak”. Dalam periode peralihan status individu tidak jelas dan terdapat keraguan akan peran yang harus dilakukan. Pada masa ini remaja bukan seorang anak-anak atau seorang dewasa. Status remaja yang tidak jelas ini menguntungkan karena status memberi waktu kepadanya untuk mencoba gaya hidup yang berbeda dan menentukan

pola perilaku, nilai dan sifat yang paling sesuai bagi dirinya (Ahyani, 2018).

c. Masa remaja sebagai periode perubahan

Perubahan sikap dan perilaku dalam periode remaja sejajar dengan tingkat perubahan fisik. 4 perubahan yang sama yang bersifat universal:

- 1) Meningkatnya emosi : yang intensitasnya bergantung pada perubahan fisik dan psikologisnya. Karena perubahan emosi lebih cepat pada masa awal remaja dan meningkatnya emosi lebih menonjol pada masa remaja akhir.
- 2) Perubahan tubuh, minat, dan peran yang diharapkan kelompok social. Bagi remaja muda, masalah baru yang timbul tampaknya lebih sulit diselesaikan dibanding masalah sebelumnya. Remaja masih merasa di timbun masalah sampai ia dapat menyelesaikan dengan kepuasannya sendiri.
- 3) Dengan berubahnya minat dan perilaku maka nilai-nilai juga berubah. Apa yang pada masa anak-anak di anggap penting sekarang masa remaja tidak penting lagi.
- 4) Mereka menginginkan dan menuntut kebebasan, tapi mereka sering takut bertanggung jawab akan akibatnya dan meragukan kemampuan mereka untuk dapat mengatasi tanggung jawab tersebut (Ahyani, 2018).

d. Masa remaja sebagai usia bermasalah

Masa remaja sering menjadi masalah yang sulit diatasi baik oleh anak laki-laki maupun anak perempuan. Terdapat 2 alasan bagi kesulitan itu:

- 1) sepanjang masa kanak-kanak, masalah anak-anak sebagian diselesaikan oleh orang tua dan guru, sehingga kebanyakan remaja tidak berpengalaman dalam mengatasi masalah.
- 2) Karena para remaja merasa diri mandiri, menolak bantuan orang tua dan guru. Karena ketidakmampuan mereka untuk mengatasi sendiri masalahnya menurut cara yang mereka yakini, banyak

remaja akhirnya menemukan bahwa penyelesaiannya tidak selalu sesuai dengan harapan mereka. Menurut Anna Freud “banyak kegagalan yang sering kali disertai akibat yang tragis, bukan karena ketidakmampuan individu tetapi karena kenyataan bahwa tuntutan yang diajukan kepadanya justru pada saat semua tenaganya telah dihabiskan untuk mengatasi masalah pokok yang disebabkan oleh pertumbuhan dan perkembangan seksual” (Ahyani, 2018).

e. Masa remaja sebagai masa mencari identitas

Seorang remaja lambat laun mendambakan identitas diri dan tidak puas lagi dengan menjadi sama dengan teman-teman dalam segala hal seperti sebelumnya. Salah satu cara untuk mengangkat diri sendiri sebagai individu adalah dengan menggunakan simbol status dengan bentuk mobil, pakaian, dan pemilikan barang-barang lain yang mudah terlihat. Dengan cara remaja menarik perhatian pada diri sendiri dan agar dipandang sebagai individu, sementara pada saat yang sama ia mempertahankan identitas dirinya terhadap kelompok sebaya (Ahyani, 2018).

f. Masa remaja sebagai periode yang menimbulkan ketakutan

Tanggapan stereotip Remaja adalah anak-anak yang tidak rapi, yang tidak dapat dipercaya dan cenderung rusak serta berperilaku merusak menyebabkan orang dewasa yang harus membimbing dan mengawasi kehidupan remaja muda yang takut bertanggung jawab dan tidak bersikap simpatik kepada perilaku remaja yang normal. Stereotip juga mempengaruhi konsep dan sikap diri pada dirinya sendiri (Ahyani, 2018).

g. Masa remaja sebagai masa yang tidak realistis

Cita-cita yang tidak realistic menimbulkan meningginya emosi. Semakin tidak realistic cita-citanya maka semakin ia menjadi marah. Remaja akan sakit hati dan kecewa apabila orang lain mengecewakannya atau jika ia tidak berhasil dalam mencapai tujuan yang ditetapkannya sendiri. Dengan bertambahnya pengalaman pribadi dan pengalaman social dan meningkatnya kemampuan untuk berfikir

rasional, remaja yang lebih besar memandang diri sendiri, keluarga, teman-teman dan kehidupan pada umumnya secara realistic. Remaja tidak terlampau mengalami banyak kekecewaan (Ahyani, 2018).

h. Masa remaja adalah ambang dari masai dewasa

Pada saat remaja mendekati masa dimana mereka dianggap dewasa secara hukum, mereka merasa cemas dengan stereotype remaja dan menciptakan impresi bahwa mereka mendekati dewasa. Mereka merasa bahwa berpakaian dan berperilaku seperti orang dewasa seringkali tidak cukup, sehingga mereka mulai untuk memperhatikan perilaku atau simbol yang berhubungan dengan status orang dewasa seperti merokok, minum, menggunakan obat-obatan bahkan melakukan hubungan seksual (Ahyani, 2018).

6. Permasalahan Pada Masa Remaja

i. Problem berkaitan dengan perkembangan fisik dan motorik

Pada masa remaja ditandai dengan adanya pertumbuhan fisik yang cepat. Keadaan fisik pada masa remaja dipandang sebagai suatu hal yang penting, namun ketika keadaan fisik tidak sesuai dengan harapannya (ketidaksesuaian antara *body image* dengan *self picture*) dapat menimbulkan rasa tidak puas dan kurang percaya diri. Begitu juga, perkembangan fisik yang tidak proporsional. Kematangan organ reproduksi pada masa remaja membutuhkan upaya pemuasan dan jika tidak terbimbing oleh norma-norma dapat menjurus pada penyimpangan perilaku seksual (Ahyani, 2018).

j. Problem berkaitan dengan perkembangan kognitif dan bahasa

Pada masa remaja awal ditandai dengan perkembangan kemampuan intelektual yang pesat. Namun ketika, si remaja tidak mendapatkan kesempatan pengembangan kemampuan intelektual, terutama melalui pendidikan di sekolah, maka boleh jadi potensi intelektualnya tidak akan berkembang optimal. Begitu juga masa remaja, terutama remaja awal merupakan masa terbaik untuk mengenal dan mendalami bahasa asing. Namun dikarenakan keterbatasan kesempatan dan sarana dan pra sarana, menyebabkan remaja kesulitan

untuk menguasai bahasa asing. Tidak bisa dipungkiri, dalam era globalisasi sekarang ini, penguasaan bahasa asing merupakan hal yang penting untuk menunjang kesuksesan hidup dan karier seseorang. Namun dengan adanya hambatan dalam pengembangan ketidakmampuan berbahasa asing tentunya akan sedikit-banyak berpengaruh terhadap kesuksesan hidup dan kariernya. Terhambatnya perkembangan kognitif dan bahasa dapat berakibat pula pada aspek emosional, sosial, dan aspek-aspek perilaku dan kepribadian lainnya (Ahyani, 2018).

- k. Problem berkaitan dengan perkembangan sosial, moralitas dan keagamaan

Masa remaja disebut pula sebagai masa *social hunger* (kehausan sosial), yang ditandai dengan adanya keinginan untuk bergaul dan diterima di lingkungan kelompok sebayanya (*peer group*). Penolakan dari *peer group* dapat menimbulkan frustrasi dan menjadikan dia sebagai *isolated* dan merasa rendah diri. Namun sebaliknya apabila remaja dapat diterima oleh rekan sebayanya dan bahkan menjadi idola tentunya ia akan merasa bangga dan memiliki kehormatan dalam dirinya. Problema perilaku sosial remaja tidak hanya terjadi dengan kelompok sebayanya, namun juga dapat terjadi dengan orang tua dan dewasa lainnya, termasuk dengan guru di sekolah. Hal ini disebabkan pada masa remaja, khususnya remaja awal akan ditandai adanya keinginan yang ambivalen, di satu sisi adanya keinginan untuk melepaskan ketergantungan dan dapat menentukan pilihannya sendiri, namun di sisi lain dia masih membutuhkan orang tua, terutama secara ekonomis. Sejalan dengan pertumbuhan organ reproduksi, hubungan sosial yang dikembangkan pada masa remaja ditandai pula dengan adanya keinginan untuk menjalin hubungan khusus dengan lain jenis dan jika tidak terbimbing dapat menjurus tindakan penyimpangan perilaku sosial dan perilaku seksual. Pada masa remaja juga ditandai dengan adanya keinginan untuk mencoba-coba dan menguji kemapanan norma yang ada, jika tidak terbimbing, mungkin saja akan

berkembang menjadi konflik nilai dalam dirinya maupun dengan lingkungannya (Ahyani, 2018).

1. Problem berkaitan dengan perkembangan keperibdaian dan emosional
Masa remaja disebut juga masa untuk menemukan identitas diri (*self identity*). Usaha pencarian identitas pun, banyak dilakukan dengan menunjukkan perilaku coba-coba, perilaku imitasi atau identifikasi. Ketika remaja gagal menemukan identitas dirinya, dia akan mengalami krisis identitas atau *identity confusion*, sehingga mungkin saja akan terbentuk sistem kepribadian yang bukan menggambarkan keadaan diri yang sebenarnya. Reaksi-reaksi dan ekspresi emosional yang masih labil dan belum terkendali pada masa remaja dapat berdampak pada kehidupan pribadi maupun sosialnya. Dia menjadi sering merasa tertekan dan bermuram durja atau justru dia menjadi orang yang berperilaku agresif. 96 Pertengkaran dan perkelahian seringkali terjadi akibat dari ketidakstabilan emosinya. Selain yang telah dipaparkan di atas, tentunya masih banyak problema remaja lainnya. Timbulnya problema remaja dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Agar remaja dapat terhindar dari berbagai kesulitan dan problema kiranya diperlukan kearifan dari semua pihak (Ahyani, 2018).

F. Konsep Dasar Fraktur Femur

1. Pengertian Fraktur

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan jaringan lunak disekitarnya (Brunner & Suddarth, 2009). Sedangkan menurut Black dan Hawks fraktur adalah terputusnya jaringan tulang karena stress akibat tahanan yang datang lebih besar dari daya tahan yang dimiliki oleh tulang. Definisi lain juga dikemukakan oleh (Solomon et al. (2010) Fraktur adalah rusaknya kontinuitas dari struktur tulang, tulang rawan dan lempeng pertumbuhan yang disebabkan oleh trauma dan non trauma. Tidak hanya keretakan atau terpisahnya korteks, kejadian fraktur lebih sering mengakibatkan kerusakan yang komplit dan fragmen tulang terpisah. Tulang relatif rapuh, namun memiliki kekuatan dan kelenturan

untuk menahan tekanan. Fraktur dapat diakibatkan oleh cedera stres yang berulang, kelemahan tulang yang abnormal atau disebut juga fraktur patologis.

Fraktur femur adalah hilangnya kontinuitas tulang paha, kondisi fraktur femur secara klinis bisa berupa fraktur femur terbuka yang disertai adanya kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, dan pembuluh darah) dan fraktur femur tertutup yang disebabkan oleh trauma langsung pada paha (Helmi, 2014)

2. Tanda Dan Gejala

Menurut Sugeng Jitowiyono (2010) tanda dan gejala fraktur adalah sebagai berikut:

- a. Deformitas
Daya tarik kekuatan otot menyebabkan fragmen tulang berpindah dari tempatnya perubahan keseimbangan dan *contour* terjadi seperti: rotasi pemendekan tulang, penekanan tulang
- b. Bengkak: edema muncul secara cepat dari lokasi dan ekstravaksi darah dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur.
- c. Echumosis dari perdarahan subcutaneous.
- d. Spasme otot spasme involunters dekat fraktur.
- e. *Tenderness* / keempukan.
- f. Nyeri mungkin disebabkan oleh spasme otot berpindah tulang dari tempatnya dan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan.
- g. Kehilangan sensasi (mati rasa, mungkin terjadi dari rusaknya saraf/perdarahan).
- h. Pergerakan abnormal
- i. Shock hipovolemik hasil dari hilangnya darah.
- j. Krepitasi

3. Klasifikasi Fraktur

Klasifikasi fraktur dapat dibagi menjadi beberapa bagian, diantaranya :

- a. Klasifikasi etiologis
 - 1) Fraktur traumatic

- 2) Fraktur patologis, yaitu fraktur yang terjadi pada daerah daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor atau proses patologik lainnya (infeksi dan kelainan bawaan) dan dapat terjadi secara spontan atau akibat trauma ringan.
- 3) Fraktur beban (kelelahan), yaitu fraktur yang terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka atau karena adanya stress yang kecil dan berulang-ulang pada daerah tulang yang menopang berat badan.

b. Klasifikasi klinis

- 1) Fraktur tertutup (simple Fraktur), adalah fraktur dengan kulit yang tidak tembus oleh fragmen tulang, sehingga tempat fraktur tidak tercemar oleh lingkungan.
- 2) Fraktur terbuka (compound Fraktur), adalah fraktur dengan kulit ekstremitas yang terlibat telah ditembus, dan terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Karena adanya perlukaan kulit.

4. Etiologi

Berdasarkan jenisnya, penyebab fraktur dibedakan menjadi :

a. Cedera traumatic

Cedera traumatic pada tulang dapat disebabkan oleh : (Wahid,A. 2013)

- 1) Kekerasan langsung Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patahan melintang atau miring.
- 2) Kekerasan tidak langsung Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang yang jauh dari ditempat terjadinya kekerasan. Yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vektor kekerasan (Wahid, 2013).

b. Fraktur Patologik

Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan fraktur, seperti :

- 1) Tumor tulang (jinak atau ganas), yaitu pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali atau progresif.
 - 2) Infeksi seperti osteomyelitis, dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang progresif, lambat dan sakit nyeri.
 - 3) Rakhitis, suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi vitamin D.
 - 4) Stress tulang seperti pada penyakit polio dan orang yang bertugas di kemikiteran (Sachdeva, 2000 dalam kutipan Kristiyanasari 2012).
- c. Peristiwa trauma tunggal sebagian besar fraktur disebabkan oleh kekuatan yang tiba-tiba dan berlebihan seperti :
- a) pemuntiran (rotasi), yang menyebabkan fraktur spiral ;
 - b) penekukan (trauma angulasi atau langsung) yang dapat menyebabkan fraktur melintang ;
 - c) penekukan dan penekanan, yang mengakibatkan fraktur sebagian melintang tetapi disertai fragmen kupu- kupu berbentuk segitiga yang terpisah,
 - d) kombinasi dari pemuntiran, penekukan, dan penekanan yang menyebabkan fraktur obliq pendek ;
 - e) penarikan dimana tendon atau ligament benar-benar menarik tulang sampai terpisah (Helmi, 2014).
- d. Kelemahan abnormal pada tulang (fraktur patologik) Fraktur dapat terjadi oleh tekanan yang normal jika tulang itu lemah (misalnya oleh tumor) atau kalau tulang itu sangat rapuh (misalnya : pada penyakit paget) (Helmi, 2014)

5. Klasifikasi Fraktur Femur dan Penatalaksanaan

Fraktur Intretrokhanter Femur Penatalaksanaan fraktur intretrokhanter menurut (Helmi, 2014):

- a. Pengobatan untuk fraktur leher femur dapat berhasil di capai melalui
- b. hemiarthroplasti bipolar. Hemiarthroplasty adalah prosedur operasi yang menggantikan satu setengah sendi pinggul dengan prostetik, sementara membiarkan yang lainnya utuh. Ada beberapa pilihan

berbeda yang tersedia untuk jenis perangkat yang digunakan, yang paling sering biasanya menggunakan tipe bipolar, yang memiliki kepala femoral yang berputar saat bergerak. Ini membantu mengurangi jumlah keausan pada sambungan baru untuk hasil yang lebih tahan lama

- c. Fraktur subtrokhanter femur adalah fraktur dimana garis patahnya fraktur subtrokhanter femur 5 cm distal dari trokhanter minor. Fraktur jenis ini dibagi dalam beberapa klasifikasi, tetapi yang lebih sederhana dan mudah dipahami adalah klasifikasi Fielding & Magliato, yaitu sebagai berikut :
 - d. Tipe 1 : garis fraktur satu level dengan trochanter minor
 - e. Tipe 2 : garis patah berada 1-2 inci dibawah dari batas trochanter minor
 - f. Tipe 3 : garis patah berada 2-3 inci di distal dari batas trochanter minor (Helmi, 2014)
- g. Fraktur suprakondiler femur Fraktur suprakondiler fragmen bagian distal selalu mennjadi dislokasi ke posterior. Hal ini biasanya disebabkan adanya tarikan otot-otot gastroknemius. Biasanya fraktur suprakondiler ini disebabkan oleh trauma langsung karean kecepatan tinggi sehingga terjadi gaya aksial dan stress valgus atau varus, dan disertai gaya rotasi. Manifestasi klinik yang didapatkan berupa pembengkakan pada lutut, deformitas yang jelas dengan pemendekan pada tungkai, nyeri bila fragmen bergerak, dan mempunyai resiko terhadap sindrom kompartemen pada bagian distal. Pada pemeriksaan berjongkok terlihat pasien tidak bisa menjaga kesejajaran. Pemeriksaan radiologis dapat menentukan diagnosis fraktur suprakondiler.

G. Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengertian Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui paraktek keperawatan kepada keluarga, untuk membantu masalah tentang kesehatan dalam sebuah keluarga, dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian terhadap keluarga yang terjadi masalah kesehatan, kemudian diagnosa keperawatan keluarga, perencanaan tindakan, implementasi keperawatan dan yang terakhir evaluasi tindakan keperawatan (Muhlisin, 2012).

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan yang sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu ebagai anggota keluarga (Harmoko, 2012).

a. Pengkajian

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah berupa wawancara, observasi, pemeriksaan fisik keluarga, serta data sekunder yang mendukung lainnya. Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model *Family Center Nursing* Friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

1) Data Umum

a) Identitas kepala keluarga

Berisi tentang nama kepala keluarga, umur (KK), pekerjaan kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga, dan alamat (KK).

b) Komposisi anggota keluarga

Berisi tentang nama anggota keluarga, umur, jenis kelamin, hubungan dengan KK, pendidikan, pekerjaan dan keterangan (Widagdo, 2016).

c) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar, terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 2011).

d) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, yang mana masing-masing tipe tersebut dibagi lagi menjadi beberapa jenis.

e) Suku bangsa

Berisi tentang suku bangsa yang meliputi: asal suku bangsa keluarga, bahasa yang dipakai keluarga dan kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan (Widagdo, 2016).

f) Agama

Meliputi agama yang dianut keluarga dan kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

g) Status sosial ekonomi keluarga

Meliputi rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga, jenis pengeluaran keluarga tiap bulan, tabungan khusus kesehatan dan barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (parabot, transportasi).

h) Aktivitas rekreasi keluarga

Menggambarkan tentang kebiasaan rekreasi yang dilakukan oleh keluarga.

2) Tahap perkembangan dan riwayat keluarga

a. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Meliputi tahap perkembangan keluarga inti (ditentukan Dengan anak tertua), tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dan riwayat keluarga inti yang berisi :

Riwayat terbentuknya keluarga inti, penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular dikeluarga) (Widagdo, 2016).

b. Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga. riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.

3) Data Lingkungan

a) Karakteristik rumah

Ukuran rumah (luas rumah), kondisi dalam dan luar rumah, kebersihan rumah, ventilasi rumah, saluran pembuangan air limbah, air bersih, pengelolaan sampah, kepemilikan rumah, kamar mandi/ WC dan denah rumah (Widagdo, 2016).

b) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

c) Mengkaji apakah ingin tinggal dengan satu suku saja, aturan dan kesepakatan penduduk setempat dan budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

d) Mobilitas geografis keluarga

e) Mengkaji tentang apakah keluarga sering pindah rumah dan dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress).

f) Perkumpulan keluarga dan interaksi keluarga dengan masyarakat

g) Mengkaji tentang perkumpulan/ organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga.

h) Sistem pendukung keluarga

i) Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah (Widagdo, 2016).

4) Struktur Keluarga

Menurut Setiadi (2008), struktur keluarga adalah sebagai berikut:

a) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang

berlangsung dalam keluarga, dan apakah hal-hal/masalah dalam keluarga didiskusikan (Widagdo, 2016).

b) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya adalah: siapa yang membuat keputusan dalam keluarga, bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu), siapakah pengambilan keputusan tersebut (Widagdo, 2016).

c) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalankan.

d) Nilai dan norma keluarga

Berisi nilai dan norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

5) Fungsi Keluarga

Menurut Achjar (2010), fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

a) Fungsi afektif

Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang, perasaan saling memiliki, dukungan terhadap anggota keluarga dan saling menghargai, kehangatan.

b) Fungsi sosialisasi

Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar, bagaimana interaksi dan hubungan dalam keluarga.

c) Fungsi perawatan kesehatan

Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (preventif/promosi). Bila ditemukan data maladaptif lakukan peninjauan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga/5 keluarga mengenal masalah kesehatan), yaitu keluarga mengenal

masalah, keluarga mengambil keputusan, keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga memelihara kesehatan/memodifikasi lingkungan, keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan (Widagdo, 2016).

d) Fungsi ekonomi

Menurut (Friedman E, 2014) fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup-finansial, ruang, dan material-serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Fungsi ekonomi berupa data yang relevan mengenai sumber ekonomi keluarga seperti alokasi sumber yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan keluarga: sandang, pangan, papan, dan perawatan kesehatan yang adekuat.

e) Fungsi psikososial

Teori Erikson Erik bahwa psikososial adalah penggambaran hubungan antara hubungan sosial dengan kesehatan mental/emosional yang melibatkan aspek sosial dan psikologis. Perkembangan kepribadian seseorang berasal dari pengalaman sosial sepanjang hidupnya sehingga disebut sebagai perkembangan psikososial.

f) Stress dan koping keluarga

Menurut Setiadi (2008), stres dan koping keluarga adalah sebagai berikut: stresor jangka panjang (memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan) dan stresor jangka pendek (memerlukan penyelesaian dalam waktu sekitar 6 bulan) serta kekuatan keluarga, respon keluarga terhadap stress, strategi koping yang digunakan, dan strategi adaptasi yang disfungsi: adalah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif.

g) Pemeriksaan fisik

Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan, pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga. Aspek

pemeriksaan fisik mulai kesadaran, vital sign, kulit, rambut kepala, mata, mulut, telinga, dada (IPPA), kardiovaskuler (IPPA), abdomen (IPPA), ekstremitas, sistem genitalia serta kesimpulan pada hasil pemeriksaan fisik (Smeltzer & Bare, 2002).

h) Harapan keluarga

Harapan terhadap masalah kesehatan keluarga dan terhadap petugas kesehatan yang ada.

b. Analisis Data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisa untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Analisis data dibuat dalam bentuk matriks. Setelah data dianalisa dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga.

c. Prioritas Masalah

Prioritas masalah dilakukan dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan keluarga (Bailon dan Maglaya), scoring dilakukan untuk menentukan skor pada setiap kriteria. Cara melakukan scoring adalah skor yang dipilih dibagi dengan nilai tertinggi dan dikalikan dengan bobot. Kriteria dibagi menjadi: sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah untuk dapat dicegah, dan menonjolnya masalah dengan masing-masing skala yang telah ditetapkan. Cara perhitungan dapat ditunjukkan dengan rumus sebagai berikut.

$$\frac{\text{Nilai yang dipilih} \times \text{Bobot}}{\text{Nilai tertinggi}}$$

Kriteria yang mempengaruhi prioritas masalah yaitu:

1) Sifat masalah

Bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.

2) Kemungkinan masalah dapat diubah

Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah. Sumber daya keluarga: dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga. Sumber daya perawat: dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan waktu. Sumber daya masyarakat: dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat, dan sokongan masyarakat.

3) Potensial masalah dapat dicegah

Kepelikan dari masalah (yang berhubungan dengan penyakit atau masalah), Lamanya masalah (yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada), Tindakan yang dijalankan (tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah), Adanya kelompok “*high risk*” (kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah).

4) Menonjolnya masalah

Perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skore yang tinggi yang terlebih dahulu dilakukan intervensi keperawatan keluarga.

Tabel 2.2
Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

Kriteria	Score
Sifat masalah	Aktual = 3
	Risiko = 2
	Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk diubah	Mudah = 2
	Sebagian = 1
	Sedang = 0
Potensi masalah untuk dicegah	Tinggi = 3
	Cukup = 2
	Rendah = 1
Menonjolnya masalah	Segera diatasi = 2
	Tidak segera diatasi = 1
	Tidak dirasakan adanya masalah = 0

d. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti

1) Diagnosis sehat/*wellness*

Digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif.

2) Diagnosis ancaman (risiko)

Digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya masalah.

3) Diagnosis nyata/gangguan

Digunakan jika sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosa keperawatan keluarga nyata/gangguan terdiri dari Problem (P), Etiologi (E), dan Symptom (S). Perumusan problem merupakan respon terhadap gangguan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi mengacu pada 5 tugas keluarga, yaitu:

a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.

b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

Meliputi sejauh manakeluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah

c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

- d) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan
Meliputi keuntungan/manfaat pemeliharaan, pentingnya hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.
- e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan
Meliputi keberadaan fasilitas kesehatan, keuntungan yang didapat, kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan, pengalaman keluarga yang kurang baik, pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga (Achjar Henny Ayu,2012).

Diagnosa keperawatan menurut SDKI 2016 yang muncul pada masalah kasus fraktur femur adalah:

- a) Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan anggota keluarga yang sakit
 - b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
 - c) Risiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- e. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskannya untuk mengatasi stresor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan yaitu: primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, sekunder untuk memperkuat pertahanan sekunder, dan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Aderson & Mc Farlane,2014).

Tujuan jangka panjang mengacu pada bagaimana mengatasi masalah dan tujuan jangka pendek harus SMART (S= *spesifik*, M= *measurable*/ dapat diukur, A= *achievable*/ dapat dicapai, R= *reality*, T= *time limited*/ punya limit waktu) (Achjar, 2010).

f. Implementasi

Merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari

keluarga, memandirikan keluarga, seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi (Achjar, Henny, Ayu, 2012). Menurut Zaidin Ali tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal di bawah ini (Zaidin Ali, 2010):

- 2) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - a) Memberikan informasi
 - b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - c) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- 3) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - b) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - c) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- 4) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - a) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - c) Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- 5) Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
 - a) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- 6) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - a) Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada
 - b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

g. Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Sekumpulan informasi yang sistematis berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait karakteristik dan hasil yang telah dicapai (Patton, 1998). Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana dan dapat mengatasi masalah keluarga.

Menurut Nikmatur (2012) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada saat perencanaan. Tujuan evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi tindakan keperawatan, dan meneruskan tindakan keperawatan. Menurut Zaidin Ali evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

- S: adalah hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, berupa keluhan langsung dari klien, misalnya: klien mengatakan nyeri mulai berkurang.
- O: adalah hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, hasil dari pengukuran terhadap pasien, misalnya: nyeri klien derajat 4.
- A: adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.
- P: adalah perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan, dimodifikasi, dihentikan atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektifitas pengambilan keputusan (Achjar Henny Ayu, 2012)