

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow atau yang disebut dengan Hierarki kebutuhan dasar Maslow yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar yaitu :

a. Kebutuhan Fisiologis (*physiologic Needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lainnya. Adapun macam-macam kebutuhan dasar fisiologis menurut hierarki maslow adalah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh dan kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (*Self Security Needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

c. Kebutuhan Rasa Cinta, memiliki dan dimiliki (*Love and Belonging Needs*)

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial.

d. Kebutuhan Harga Diri (*Self-Esteem Needs*)

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. Kebutuhan Aktualisasi Diri (*Needs for Self Actualization*)

Kebutuhan aktualisasi merupakan kebutuhan tertinggi dalam piramida hierarki Maslow yang meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya.

Konsep hierarki Maslow ini menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah menurut kebutuhannya. Jika seseorang merasa kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan ini terganggu maka akan timbul kondisi patologis. Oleh karena itu, dengan konsep kebutuhan dasar Maslow akan diperoleh persepsi yang sama bahwa untuk beralih ke kebutuhan yang lebih tinggi, kebutuhan dasar yang ada dibawahnya harus terpenuhi terlebih dahulu. (Asmadi, 2009).

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 orang-orang 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 kaena 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 menjadi sendi 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 yang lain. Sendi ini disebut juga 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 immobilisasi 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 adalah turunnya tekanan darah 15mmHg 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.

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.

a. 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.

b. Hubungan yang berarti.

Keluarga merupakan sistem pendukung bagi individu (Pasien). Selain itu, keluarga juga dapat membantu pasien 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.

c. Konsep diri.

Konsep diri mempengaruhi kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhannya. Selain itu, konsep diri juga mempengaruhi 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 mempengaruhi persepsi dan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan tersebut.

d. 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. Pengertian Mobilitas dan Imobilitas

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Wahyudi & Wahid, 2016).

Imobilitas atau imobilisasi merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat secara bebas untuk bergerak, mengingat kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), 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, 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)

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 didatakannya 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:

Sikatrik (jaringan perut, baik yang alamiah maupun buatan, yaitu pembedahan)

(1)Fistula

(2)Warna (kemerahan, kebiruan/livide, hiperpigmentasi)

(3)Benjolan, pembengkakan, cekukan dengan hal-hal yang tidak biasa, misalnya ada rambut diatasnya.

(4)Posisi serta bentuk dari ekstremitas (deformitas)

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 sekitar, serta kelembaban kulit
- (2) Apabila ada pembengkakan, apakah terdapat fluktuasi atau hanya oedema terutama pada daerah persendian.
- (3) Nyeri tekan (terdernes), 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 benjolan 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
- (4) Bandingkan antara bagian kiri dan kanan tentang bentuk, ukuran,
- (5) Adanya nyeri tekan, nyeri gerak, nyeri sumbu
- (6) Adanya bunyi krepitasi
- (7) Adanya kontraktur sendi

(8) 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/sendi (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 uplai oksigen untuk jaringan sehingga akan mempersingkat proses penyembuhan (Anggraeni, 2015). Latihan gerak seni/*range of Motion* (ROM) dibagi menjadi 5 yaitu:

- (a) (*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 nyeri.
- (b) *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.
- (c) *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.

- (d) *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.
- (e) *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). Range of Motion (ROM) pasif (seluruh persendian tubuh atau hanya pada bagian ekstremitas yang terganggu dan pasien tidak mampu melaksanakan secara mandiri) (Saputra dan Hanriko, 2016)

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon klien terhadap masalah. Manfaat diagnosa keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah (SDKI: 2016).

Masalah keperawatan yang sering muncul pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan mobilisasi adalah :

- a. Gangguan mobilitas fisik
- b. Nyeri akut
- c. Gangguan pola tidur

1. Rencana Keperawatan

Tabel 2.1 Rencana keperawatan menurut SDKI : 2016 sebagai berikut:

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi pendukung
Gangguan mobilitas fisik	1. Dukungan ambulasi Observasi: - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Teraupetik: - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, dan kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik. - Libatkan keluarga dalam membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi: - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi. - Anjurkan untuk melakukan ambulasi dini. - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan(mis.berjalan dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya). 2. Dukungan mobilisasi Observasi: - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya. - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.	1. Dukungan kepatuhan program pengobatan. 2. Dukungan perawatan diri (BAB/BAK, berpakaian, makan,minum, mandi) 3. Edukasi latihan fisik 4. Edukasi teknik ambulasi 5. Edukasi teknik transfer 6. Konsultasi via telpon 7. Latihan otogenik 8. Manajemen energi 9. Manajemen lingkungan 10. Manajemen mood 11. Manajemen nutrisi 12. Manajemen nyeri 13. Manajemen medikasi

	- Monitor frekuensi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik: - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur). - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.	14. Manajemen program latihan 15. Manajemen sensasi ferifer 16. Pemantauan neurologis 17. Pemberian obat oral dan IV 18. Pembidaian 19. Pencegahan jatuh 20. Pencegahan luka tekan 21. Pengaturan posisi 22. Pengekangan fisik 23. Perawatan kaki 24. Perawatan tirah baring 25. Perawatan traksi 26. Promosi berat badan 27. Promosi kepatuhan program latihan 28. Promosi latihan fisik 29. Teknik latihan penguatan otot
Nyeri akut	1.Manajemen nyeri Observasi: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri. - Identifikasi respon nyeri nonverbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri. - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. - Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik: - Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur. - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. - Jelaskan strategi meredakan nyeri. - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. Ajarkan teknik nonfarmakologis	1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. .Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit. 7. Edukasi teknik napas 8. kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Manajemen efek samping obat 13. .Manajemen kenyamanan lingkungan. 14. Manajemen medikasi. 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi

	untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Pemberian analgesic	radiasi. 17. Pementauan nyeri. 18. Pemberian obat. 19. Pemberian obat intravena. 20. Pemberian obat oral. 21. Pemberian obat topikal. 22. Pengaturan posisi. 23. Perawatan amputasi. 24. Perawatan kenyamanan. 25. Teknik distraksi. 26. Teknik imajinasi terbimbing. 27. Terapi akupresur.
Gangguan Pola Tidur	.Dukungantidur Edukasi: - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur fisik atau psikologis - Identifikasi makanan dan minuman mengganggu tidur (mis.teh, kopi, alkohol, dan minum banyak air sebelum tidur - Identifikasi obat tidur yang di konsumsi Teraupetik : - Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, lingkungan, bising, suhu) - Batasi waktu tidur siang Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis.pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur - Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur Edukasi : - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati waktu tiduryang tidak mengandung supresor terhadap tidur - Anjurkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Gaya hidup, atau psikologis) - Anjurkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya. 2.Edukasi aktivitas/istirahat Observasi : - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Teraupetik : - Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat - Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untu bertanya Edukasi :	1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan meditasi 3. Dukungan perawatan diri BAB atau BAK 4. Poto terapi gangguan mood/tidur 5. Latihan otogenik - Manajemen demensia 7. Manajemen energi 8. Manajemen lingkungan 9. Manajemen meditasi 10. Manajemen nutrisi 11. Manajemen nyeri 12. Manajemen penggantian hormone 13. Pemberian obat oral 14. Pengaturan posisi 15. Promosi koping 16. Promosi latihan fisik 17. Reduksi ansietas

	- Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara rutin - Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain, dll - Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat - Anjurkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. Kelelahan, sesak napas saat aktivitas)	18. Teknik menenangkan 19. Terapi aktivitas 20. Terapi musik 21. Terapi pemijatan 22. Terapi relaksasi 23. Terapi relaksasi otot progresif
--	---	---

4. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

5. Evaluasi

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. menentukan evaluasi hasil dibagi 5 komponen yaitu:

- a. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi
- b. Mengumpulkan data mengenai keadaan klien terbaru
- c. Menganalisa dan membandingkan data terhadap kriteria dari standar
- d. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
- e. Melaksanakan tindakan sesuai berdasarkan kesimpulan

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Fraktur

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Price & Wilson, 2006 dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc 2015).

Fraktur adalah kondisi tulang yang patah atau terputus sambungannya akibat tekanan berat. Tulang merupakan bagian tubuh yang keras, namun jika diberi gaya tekan yang lebih besar daripada yang dapat diabsorpsi, maka bisa terjadi fraktur. Gaya tekan berlebihan yang dimaksud antara lain seperti pukulan keras, gerakan memuntir atau meremuk yang terjadi mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem. Fraktur tidak hanya mempengaruhi bagian tubuh yang patah, namun juga jaringan disekitarnya. Fraktur dapat membuat jaringan lunak membengkak (edema), perdarahan ke otot dan sendi, dislokasi sendi, otot robek (ruptur tendo), serta kerusakan saraf dan pembuluh darah (Brunner Suddarth, 2002).

Dari beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang akibat tekanan berat seperti pukulan keras, gerakan memuntir atau meremuk yang terjadi mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem. Fraktur dapat menyebabkan rasa nyeri, pembengkakan, deformitas, krepitasi, perdarahan, pemendekan, gangguan pada fungsi yang sesungguhnya.

2. Etiologi Fraktur

- a. Fraktur traumatic
- b. Fraktur patologis terjadi pada tulang karena adanya kelainan atau penyakit yang menyebabkan kelemahan pada tulang, (infeksi,

tumor, kelainan bawaan) dan dapat terjadi secara spontan atau akibat trauma ringan.

- c. Fraktur stress terjadi karena adanya stress yang kecil dan berulang-ulang pada daerah tulang yang menopang berat badan. Fraktur stress jarang sekali ditemukan pada anggota gerak atas.

3. Tanda Dan Gejala Fraktur

Menurut (Asikin: 2016) tanda gejala fraktur meliputi:

- a. Depormitas (perubahan struktur dan bentuk) disebabkan oleh ketergantungan fungsional otot pada kesetabilan otot
- b. Bengkak atau penumpukan cairan atau darah karena kerusakan pembuluh darah, berasal dari proses dilatasi, edukasi plasma, adanya peningkatan leukosit pada jaringan disekitar tulang
- c. Spasme otot karena tingkat kecacatan, kekuatan otot yang disebabkan karena tulang menekan otot.
- d. Nyeri karna kerusakan otot dan perubahan jaringan dan perubahan struktur yang meningkat karena penekatan sisi-sisi fraktur dan pergerakan bagian fraktur
- e. Kurangnya sensasi yang dapat terjadi karena adanya gangguan saraf, dimana saraf ini dapat terjepit atau terputus oleh fragmen tulang
- f. Hilangnya atau berkurangnya fungsi normal karena ketidakstabilan tulang, nyeri atau spasma otot
- g. Pergerakan abnormal
- h. krepitasi, sering terjadi karena pergerakan bagian fraktur sehingga menyebabkan kerusakan jaringan sekitarnya.

4. Penatalaksanaan Medis Fraktur

Prinsip penatalaksanaan medis pada fraktur dikenal dengan istilah 4R, yaitu:

- a. Rekognisi adalah mampu mengenal fraktur (jenis, lokasi, akibat) untuk menentukan intervensi selanjutnya.
- b. Reduksi adalah tindakan dengan membuat posisi tulang mendekati keadaan normal, dikenal dengan 2 jenis reduksi yaitu, reduksi tertutup, reduksi terbuka
- c. Retensi
Melakukan imobilisasi, dengan pemasangan gips, imobilisasi eksternal dan imobilisasi internal.
- d. Rehabilitasi
Mengembalikan fungsi ke semula termasuk fungsi tulang, otot dan jalinan sekitarnya. Bisa dilakukan dengan cara sebagai berikut:
 - 1) Mempertahankan reduksi dan imobilisasi.
 - 2) Monitor status neurovaskuler (sirkulasi, nyeri, sensasi, pergerakan).
 - 3) Elevasi untuk meminimalkan swelling, bisa dilakukan kompres dingin.
 - 4) Kontrol ansietas dan nyeri.
 - 5) Latihan isometric untuk mencegah atrofi, mempertahankan sirkulasi.

5. Klasifikasi Fraktur

- a. Fraktur tertutup (simple fraktur), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar.
- b. Fraktur terbuka (compound fraktur), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Karena adanya perlukaan dikulit.

Patway.

