

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Fraktur

1. Definisi Fraktur

Fraktur merupakan istilah hilangnya kontinuitas tulang, baik bersifat total maupun sebagian yang ditentukan berdasarkan jenis dan luasnya. Fraktur adalah patah tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dari tenaga tersebut, keadaan tulang itu sendiri, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan kondisi fraktur tersebut (Alfarisi dkk., 2022)

2. Etiologi

Tekanan berlebihan atau trauma langsung pada tulang menyebabkan suatu retakan sehingga mengakibatkan kerusakan pada otot dan jaringan. Kerusakan otot dan jaringan akan menyebabkan perdarahan, edema, dan hematoma. Lokasi retak mungkin hanya retakan pada tulang, tanpa memindahkan tulang manapun. Fraktur yang tidak terjadi disepanjang tulang dianggap sebagai fraktur yang tidak sempurna sedangkan fraktur yang terjadi pada semua tulang yang patah dikenal sebagai fraktur lengkap (Alfarisi dkk., 2022)

3. Patofisiologi

Derajat keparahan fraktur dipengaruhi oleh besarnya gaya yang mengenai tulang. Apabila gaya yang bekerja hanya sedikit melebihi ambang kekuatan tulang, maka tulang dapat mengalami retakan. Namun, bila gaya yang diterima sangat besar, seperti pada kecelakaan lalu lintas, tulang dapat patah menjadi beberapa bagian. Pada saat fraktur terjadi, otot-otot yang melekat pada tulang dapat mengalami

gangguan dan spasme, sehingga menarik fragmen tulang keluar dari posisi normalnya. Spasme otot yang kuat, terutama pada kelompok otot besar, dapat menyebabkan pergeseran fragmen tulang, baik ke samping, membentuk sudut, saling tumpang tindih, berotasi, maupun berpindah dari tempat semula(Nur Hidayat dkk., 2022)

4. Jenis – jenis fraktur

Fraktur dibagi menjadi 2 jenis yaitu fraktur tertutup dan fraktur terbuka. Fraktur tertutup merupakan jenis fraktur yang terjadi tanpa adanya kerusakan di jaringan sekitarnya, ditandai dengan keutuhan kulit di area fraktur dan tidak ada tulang yang keluar. Fraktur terbuka merupakan jenis fraktur yang menimbulkan terjadinya kerusakan jaringan di sekitar area cedera yang biasanya ditandai dengan rusaknya kulit dan jaringan otot di area cedera atau adanya tulang yang keluar, jenis fraktur ini memiliki risiko tinggi mengalami infeksi karena terpapar dengan lingkungan luar.

Sedangkan menurut (Geu, Mardiyono, & Sudirman, 2024) dalam (Putri Meliana & Wahyu Setyo Budi, 2024) publikasinya membedakan fraktur berdasarkan jenis patahannya seperti berikut:

a. Fraktur Komplit dan Tidak Komplit

Fraktur komplit merupakan jenis fraktur yang terjadi ketika seluruh bagian tulang yang mengalami patahan atau pergeseran dari garis normal tulang. Sedangkan fraktur tidak komplit, biasanya hanya terjadi patahan pada sebagian dari garis tulang.

b. Fraktur Transversal

Fraktur transversal merupakan jenis fraktur dengan bentuk patahan tegak lurus dengan sumbu panjang tulang. Pada jenis fraktur ini, biasanya bagian-bagian tulang yang patah akan direposisi atau direduksi kembali keposisinya semula agar bagian-bagian tersebut stabil dengan menggunakan bidai/gips.

c. Fraktur Oblic (Serong)

Fraktur oblic merupakan jenis fraktur yang patahnya membentuk sudut terhadap tulang.

d. Fraktur Spiral (Melingkar)

Fraktur spiral terjadi akibat terpelintirnya tulang ekstremitas, jenis fraktur ini menimbulkan sedikit kerusakan pada jaringan lunak di sekitarnya dan cenderung lebih cepat pemulihannya dengan imobilisasi luar.

e. Fraktur Kuminutif

Fraktur kuminutif merupakan jenis fraktur yang patahan tulangnya berbentuk serpihanserpihan atau rusaknya keutuhan tulang menjadi lebih dari dua patahan tulang.

f. Fraktur Segmental

Fraktur segmental merupakan jenis fraktur yang patahannya terjadi di dua tempat dengan jarak dekat pada satu tulang yang membuat segmen sentral terpisah dari suplai darah. Biasanya jenis fraktur ini menyebabkan salah satu ujung tulang yang tidak mempunyai pembuluh darah sehingga akan sulit disembuhkan dan membutuhkan prosedur pembedahan.

5. Komplikasi Fraktur

Komplikasi fraktur dapat terjadi secara spontan, karena iatrogenic atau oleh karena tindakan pengobatan. Komplikasi umumnya akibat tiga faktor utama, yaitu

penekanan lokal, traksi yang berlebihan, dan infeksi. Komplikasi oleh akibat tindakan pengobatan (iatrogenic) umumnya dapat dicegah. Komplikasi patah tulang juga dapat terjadi pada organ antara lain. Seperti Komplikasi pada kulit, komplikasi yang terjadi adalah timbulnya lesi atau luka akibat fraktur yang menembus kulit (Putri Meliana & Wahyu Setyo Budi, 2024)

Selain dari jenis patahan dan kontak dengan lingkungan luar, fraktur juga diklasifikasikan berdasarkan derajat keparahan untuk fraktur terbuka menjadi tiga klasifikasi sebagai berikut (Putri Meliana & Wahyu Setyo Budi, 2024):

- a. Tipe I – ditandai dengan adanya luka robek berukuran kurang dari 1 cm dan jenis patahan bukan merupakan fraktur kominitif.
- b. Tipe II – apabila adanya luka lebih dari 1 cm, lapisan kulit terbuka, dengan jenis fraktur kominitif.
- c. Tipe III – apabila terdapat luka terbuka dengan ukuran > 10 cm, kerusakan luas pada kulit dan jaringan lunak yang mendasarinya dan pada beberapa kasus parah terdapat gangguan pada pembuluh darah. Tingkat keparahan tipe III yaitu :
 - 1) Tipe III A, tulang yang mengalami fraktur masih bisa ditutup dengan jaringan lunak yang ada disekitarnya meskipun terdapat luka robek, pola fraktur (mis. multifragmen, segmental) atau hilangnya tulang terlepas dari ukuran luka kulit.
 - 2) Tipe III B, apabila terjadi pelepasan lapisan jaringan di dalam atau disekitar tulang yang luas dan penutup fraktur tidak memungkinkan jika menggunakan jaringan yang ada di sekitar area luka.

- 3) Tipe III C, apabila fraktur diikuti dengan adanya kerusakan arteri, terlepas dari jumlah kerusakan jaringan lunak yang terjadi di sekitarnya.

B. Konsep Dasar Ansietas

1. Definisi Ansietas

Ansietas dapat terjadi disetiap kehidupan manusia terutama bila dihadapkan pada hal-hal yang baru. Ansietas merupakan perasaan takut yang tidak jelas yang disertai dengan adanya perasaan ketidakpastian, ketidakamanan, ketidakberdayaan dan isolasi. (Nurul Kafilawaty & Ahmad, 2021). Ansietas adalah hal normal sebagai manusia, tetapi bagi beberapa individu Ansietas dapat keluar kendali sampai mengacaukan gaya hidup. Ini biasanya terjadi saat si penderita menjadi sangat ketakutan terhadap gejala-gejala fisik yang dirasakan dan mulai menghindari tempat-tempat atau situasi-situasi yang akan memunculkan gejala-gejala itu. Rasa khawatir, gelisah, takut, waswas, tidak tenteram, panik dan sebagainya merupakan gejala umum akibat cemas. Bila Ansietas hebat sekali mungkin terjadi panik. Ansietas dengan berbagai macam gejalanya dapat mengganggu konsentrasi individu dalam bekerja dan dapat membuat individu kesulitan untuk berinteraksi dengan lingkungan sosialnya (Amalia dkk., 2023).

2. Tingkat Ansietas

Menurut (Amalia dkk., 2023b) dalam Muyasaroh, (2020) terdapat empat tingkat Ansietas yaitu;

- a. Cemas ringan merupakan perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Stimulasi sensori meningkat dan membantu

individu menfokuskan perhatian untuk belajar, menyelesaikan masalah, berfikir, bertindak, merasakan, dan melindungi dirinya sendiri.

- b. Cemas sedang merupakan perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda, individu menjadi gugup atau agitasi.
- c. Cemas berat dialami ketika individu yakin bahwa ada sesuatu berbeda dan ada ancaman. Memperhatikan respons takut dan distress. Ketika individu mencapai tingkat tertinggi ansietas, panic berat, semua pemikiran rasional berhenti dan individu tersebut mengalami respons fight.
- d. Panik berhubungan dengan ketakutan terror, karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang mengalami panic atau tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan, panic melibatkan disorganisasi kepribadian, dengan panic terjadi peningkatan aktivitas motoric, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan rasional.

Tingkat Ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian

3. Faktor-Faktor Penyebab Ansietas

Ansietas sering kali berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa - peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan Ansietas. Menurut Muyasaroh (2020) dalam (Amalia dkk., 2023b) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi Ansietas, diantaranya yaitu :

- a. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b. Emosi Yang Ditekan

Ansietas bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

c. Sebab - Sebab Fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya Ansietas. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan semasa remaja dan sewaktu terkena suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya Ansietas.

4. Tanda dan Gejala Ansietas

Menurut Jeffrey S. Nevid, dkk (2005: 164) dalam (Dyaning Dhamayanti, 2022) ada beberapa tanda-tanda Ansietas, yaitu :

a. Tanda-Tanda Fisik Ansietas

Tanda fisik Ansietas diantaranya yaitu : kegelisahan, kegugupan,, tangan atau anggota tubuh yang bergetar atau gemetar, sensasi dari pita ketat yang mengikat di sekitar dahi, kekencangan pada pori-pori kulit perut atau dada, banyak berkeringat, telapak tangan yang berkeringat, pening atau pingsan, mulut atau kerongkongan terasa kering, sulit berbicara, sulit bernafas, bernafas pendek, jantung yang

berdebar keras atau berdetak kencang, suara yang bergetar, jari-jari atau anggota tubuh yang menjadi dingin, pusing, merasa lemas atau mati rasa, sulit menelan, kerongkongan merasa tersekat, leher atau punggung terasa kaku, sensasi seperti tercekik atau tertahan, tangan yang dingin dan lembab, terdapat gangguan sakit perut atau mual, panas dingin, sering buang air kecil, wajah terasa memerah, diare, dan merasa sensitif atau “mudah marah”.

b. Tanda-Tanda Behavioral Ansietas

Tanda-tanda behaviorial Ansietas diantaranya yaitu : perilaku menghindar, perilaku melekat dan dependen, dan perilaku terguncang.

c. Tanda-Tanda Kognitif Ansietas

Tanda-tanda kognitif Ansietas diantaranya : khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan atau aprehensi terhadap sesuatu yang terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan segera terjadi (tanpa ada penjelasan yang jelas), terpaku pada sensasi ketubuhan, sangat waspada terhadap sensasi ketubuhan, merasa terancam oleh orang atau peristiwa yang normalnya hanya sedikit atau tidak mendapat perhatian, ketakutan akan kehilangan kontrol, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, berpikir bahwa dunia mengalami keruntuhan, berpikir bahwa semuanya tidak lagi bisa dikendalikan, berpikir bahwa semuanya terasa sangat membingungkan tanpa bisa diatasi, khawatir terhadap hal-hal yang sepele, berpikir tentang hal mengganggu yang sama secara berulang-ulang, berpikir bahwa harus bisa kabur dari keramaian (kalau tidak pasti akan pingsan), pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan, tidak mampu menghilangkan pikiran-pikiran terganggu, berpikir akan segera mati

(meskipun dokter tidak menemukan sesuatu yang salah secara medis), khawatir akan ditinggal sendirian, dan sulit berkonsentrasi atau memfokuskan pikiran.

5. Dampak Ansietas

Ketakutan, kekhawatiran dan kegelisahan yang tidak beralasan pada akhirnya menghadirkan Ansietas, dan Ansietas ini tentu akan berdampak pada perubahan perilaku seperti, menarik diri dari lingkungan, sulit fokus dalam beraktivitas, susah makan, mudah tersinggung, rendahnya pengendalian emosi amarah, sensitive, tidak logis, susah tidur

Jarnawi (2020), dalam (Aninda Cahya Savitri, 2023)membagi beberapa dampak dari Ansietas ke dalam beberapa simptom, antara lain :

a. Simtom Suasana Hati

Individu yang mengalami Ansietas memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Orang yang mengalami Ansietas tidak bisa tidur, dan dengan demikian dapat menyebabkan sifat mudah marah.

b. Simtom Kognitif

Simtom kognitif yaitu Ansietas dapat menyebabkan kekhawatiran dan keprihatinan pada individu mengenai hal yang tidak menyenangkan yang mungkin terjadi. Individu tersebut tidak memperhatikan masalah yang ada, sehingga individu sering tidak bekerja atau belajar secara efektif, dan akhirnya akan menjadi lebih merasa cemas.

c. Simtom Motor

Orang-orang yang mengalami Ansietas sering merasa tidak tenang, gugup, kegiatan motorik menjadi tanpa arti dan tujuan, misalnya jari kaki mengetuk ngetuk, dan sangat kaget terhadap suara yang terjadi secara tiba-tiba. Simtom motor merupakan gambaran rangsangan kognitif yang tinggi pada individu dan merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasanya mengancam.

6. Instrumen Yang Digunakan Untuk Mengukur Tingkat Ansietas

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) terdiri dari 14 item, masing-masing didefinisikan oleh serangkaian gejala, dan mengukur Ansietas psikis (agitasi mental dan tekanan psikologis) dan Ansietas somatik (keluhan fisik yang berkaitan dengan Ansietas) (Hamilton, 1959; Maier, Buller, Philip, & Heuser, 1988) dalam (Ramdan, 2018)

Tabel 1

Instrumen Penilaian Tingkat Ansietas *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

No	Symtomp/Gejala	0	1	2	3	4
1	Perasaan Cemas : cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tensinggung					
2	Ketegangan : merasa tegang, lesu, tidak bisa istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gelisah, gemetar					
3	Ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila di tinggal sendiri dan takut pada binatang besar, pada keramaian, pada kerumunan orang banyak					
4	Gangguan tidur : sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak bermimpi, mimpi buruk, mimpi menakutkan					
5	Gangguan kecerdasan : sulit konsentrasi, penurunan daya ingat, daya ingat buruk					

6	Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hoby, sedih, bangun dini hari, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari					
7	Gejala somatik (otot) : sakit dan nyeri pada otot-otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil					
8	Gejala sensorik : perasaan ditusuk- tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemah, tinnitus (telinga berdenging)					
9	Gejala kardiovaskuler : takikardi, berdebar-debar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/lemas seperti mau pingsan dan detak jantung hilang sekejap					
10	Gejala pemapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek					
11	Gejala gastrointestinal: sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri perut sebelum dan sesudah makan, rasa terbakar di perut, rasa penuh/kembung, berat badan menurun, mual dan muntah, BAB lembek, konstipasi					
12	Gejala urogenital: sering buang air kencing, tidak dapat menahan kencing, amenorhea, darah haid berlebihan, darah haid amat sedikit, masa haid berkepanjangan, ejakulasi dini, ereksi hilang, impotensi					
13	Gejala vegetatif : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, , pusing atau sakit kepala, kepala terasa berat, bulu-bulu berdiri					
14	Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, tidak tenang, jari-jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek dan cepat, muka merah					

Cara Penilaian Ansietas adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

- 0 = Tidak ada gejala sama sekali
- 1 = Satu dari gejala yang ada
- 2 = Sedang, atau separuh dari gejala yang ada
- 3 = Berat, atau lebih dari ½ gejala yang ada
- 4 = Sangat berat, semua gejala ada

Penentuan derajat Ansietas dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

- 1) Skor <= 14 = Tidak ada Ansietas
- 2) Skor 14 - 20 = Ansietas ringan
- 3) Skor 21 - 27 = Ansietas sedang
- 4) Skor 28 - 41 = Ansietas berat
- 5) Skor 42 - 56 = Ansietas sangat berat

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur

1. Pengkajian Keperawatan

Langkah awal dalam rangkaian proses keperawatan yaitu melakukan penilaian terhadap kondisi pasien. Tujuan dari langkah ini yaitu untuk mengumpulkan data dan informasi mengenai pasien guna mengidentifikasi permasalahan serta kebutuhan fisik, mental, sosial, dan lingkungan yang dialami pasien. Dalam penilaian keperawatan, digunakan dua jenis data yaitu data subjektif dan objektif. Data subjektif merupakan segala informasi mengenai kondisi kesehatan pasien yang diperoleh melalui percakapan dengan pasien, keluarga, atau tenaga medis yang berkompeten. Data objektif merupakan segala informasi yang diperoleh melalui komunikasi tertulis dan lisan, pemeriksaan fisik, serta penggunaan alat bantu pemeriksaan lainnya (Dr. Dhiana Setyorini, 2025)

Pengkajian pada pasien dengan Fraktur lebih menekankan pengkajian yang mendalam pada masalah keperawatan nyeri akut. Pengkajian dilakukan sesuai dengan gejala dan tanda mayor dan minor pada nyeri akut. Gejala dan tanda mayor dapat dilihat dari data subjektif mengeluh cemas dan data objektif pasien tampak gelisah, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur. Gejala dan tanda minor pada nyeri akut dapat dilihat dari data objektif mengalami tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis (Dr. Dhiana Setyorini, 2025). Pengkajian keperawatan pada pasien fraktur lebih menekankan pada:

a. Biodata

Identitas pasien berisikan nama pasien, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, umur, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nama ruangan, kewarganegaraan, agama, pendidikan terakhir, dan no rekam medis pasien.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang timbul pada pasien dengan Fraktur yaitu mengeluh nyeri. pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien Fraktur yang perlu dikaji pada riwayat penyakit sekarang, yaitu cerita lengkap tentang kejadian yang menyebabkan patah tulang, mulai dari awal sampai pasien datang ke Rumah sakit. Tujuannya untuk mengetahui mekanisme cedera, keparahan, dan resiko penyerta.

d. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang perlu dikaji pada pasien fraktur yaitu riwayat fraktur sebelumnya, penyakit tulang dan metabolic yang pernah diderita, penyakit kronis yang dapat mengganggu penyembuhan luka.

e. Riwayat penyakit keluarga

Pada pasien dengan fraktur lebih menekankan apakah terdapat anggota keluarga yang mengalami penyakit keturunan seperti Hipertensi maupun Diabetes Mellitus yang diperlukan untuk melihat adanya komplikasi penyakit lain yang dapat mempercepat progresifnya penyakit.

Pengkajian kebutuhan dasar berdasarkan 11 pola fungsi kesehatan Gordon, antara lain sebagai berikut.

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan.

Biasanya pada pasien yang pria, adanya kebiasaan merokok dan penggunaan minuman beralkohol.

2) Pola nutrisi-metabolik.

Biasanya terjadi gangguan nutrisi karena adanya gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik sehingga menyebabkan penurunan berat badan.

3) Pola eliminasi.

Biasanya terjadi inkontinensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

4) Pola aktivitas dan latihan.

Biasanya pasien tidak dapat berakrifitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensori, hemiplegia atau kelumpuhan.

5) Pola kognitif.

Biasanya pasien stroke didapatkan hasil bahwa pola kognitif terganggu dengan tanda dan gejala, yaitu nyeri atau sakit yang hebat pada kepala. Gangguan penglihatan (penglihatan kabur), lapang pandang menyempit, hilangnya daya sensori pada bagian yang berlawanan di bagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka..

6) Pola persepsi dan konsep diri.

Biasanya pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif.

7) Pola tidur dan istirahat.

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat karena adanya kejang otot/ nyeri otot.

8) Pola peran hubungan.

Biasanya adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

9) Pola seksual dan reproduksi

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine.

10) Pola toleransi stress-koping.

Biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi.

11) Nilai dan kepercayaan

Pasien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yang termasuk ke dalam kategori fisiologis dan subkategori aktivitas dan istirahat.

Perawat harus mengkaji tanda dan gejala yang muncul dari pola kebutuhan aktivitas dan istirahat berdasarkan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018a)

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Fisik pada Pasien Fraktur harus sistematis dan cepat, terutama kalau trauma energi tinggi. Prinsipnya: Look, Feel, Move + neurovaskular + secondary survey.

1) Inspeksi = Look

Lihat dari ujung ke ujung, bandingkan sisi sehat.

- a) Deformitas: Angulasi, rotasi, pemendekan. Misal: "paha kanan tampak memendek & rotasi eksternal".

- b) Bengkak & memar: Derajat pembengkakan, ekimosis. Memar luas dan perdarahan banyak.
 - c) Luka: Ukuran, kontaminasi
 - d) Posisi istirahat: Pasien bersikap protektif
 - e) Warna kulit: Pucat, kebiruan
- 2) Palpasi = Feel

Lakukan dengan lembut, satu tangan di atas & bawah area curiga:

- a) Nyeri tekan
 - b) Krepitasi
 - c) Suhu: Dingin akibat gangguan vaskular atau hangat akibat inflamasi/infeksi.
 - d) Capillary refill: Tekan kuku, normal <2 detik. >2 detik menandakan perfusi buruk
 - e) Kompartemen: Tegang, nyeri saat passive stretch, nyeri tidak hilang dengan morfin maka curiga compartment syndrome.
- 3) Range of Motion
- a) Gerak aktif: Minta pasiengerakkan sendiri. Kalau tidak bisa menandakan fraktur, nyeri, atau cedera saraf.
 - b) Gerak pasif: Jangan dipaksa. Hanya tes lembut untuk nilai stabilitas sendi. Stop kalau nyeri hebat.
 - c) Stabilitas: Tes laksitas ligamen kalau curiga fraktur + dislokasi.
- 4) Pemeriksaan Neurovaskular
- a) Pain: Nyeri tidak proporsional, nyeri saat gerak pasif jari.

- b) Pallor: Pucat.
- c) Paresthesia: Kesemutan, baal.
- d) Pulselessness: Nadi hilang.
- e) Paralysis: Tidak bisa gerak.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis perawat terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan atau peristiwa kehidupan yang dialami, baik yang sedang terjadi maupun yang berpotensi terjadi. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons klien, baik individu, keluarga, maupun komunitas, terhadap kondisi yang berhubungan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan dibedakan menjadi dua, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif merupakan diagnosis yang menunjukkan klien mengalami masalah kesehatan atau berisiko mengalami gangguan kesehatan, sehingga menjadi dasar dalam penentuan tindakan keperawatan yang berfokus pada penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosis negative meliputi diagnosis actual dan diagnosis risiko. Sementara itu, diagnosis positif merupakan diagnosis yang menunjukkan bahwa klien berada dalam kondisi sehat dan memiliki potensi untuk menciptakan tingkat kesehatan yang lebih optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018a)

Diagnosis keperawatan terdiri dari dua komponen utama, yaitu identifikasi masalah dan label diagnosis. Label diagnosis keperawatan menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatannya yang didukung oleh indikator diagnostik berupa penyebab, tanda dan gejala, serta faktor risiko. Penyusunan diagnosis keperawatan dilakukan melalui tiga tahap, yaitu:

- a. Analisis data dengan mengelompokkan data dan membandingkannya dengan nilai normal.
- b. Identifikasi masalah yang meliputi masalah aktual, risiko, atau promosi kesehatan.
- c. Perumusan diagnosis keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan ansietas pada pasien dengan fraktur berdasarkan format penulisan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, ancaman terhadap konsep diri, kekhawatiran mengalami kegagalan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, mengeluh pusing, merasa tidak berdaya, muka tampak pucat, kontak mata buruk..

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*output*) yang diharapkan. Komponen dari intervensi keperawatan yaitu label, definisi, dan tindakan (observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018b) Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Komponen luaran keperawatan ada tiga yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018b)

Tabel 1

Rencana Asuhan Keperawatan Ansietas dengan *Progressive Muscle Relaxation* pada pasien dengan Fraktur Di Ruang Besan RSUD Klungkung

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
SDKI (D.0080)	SLKI (L.09093)	A. Intervensi Utama
Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, ancaman terhadap konsep diri, kekhawatiran mengalami kegagalan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, mengeluh pusing, merasa tidak berdaya, muka tampak pucat, kontak mata buruk.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Tingkat Ansietas Menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegangmenurun 4. Konsentrasi membaik 5. Pola tidur membaik 6. Tekanan darah membaik.	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu kebutuhan 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu B. Intervensi Pendukung Terapi Relaksasi SIKI

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		(I.09326)
		<i>Observasi</i>
		1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi.
		<i>Terapeutik</i>
		1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu yang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai.
		<i>Edukasi</i>

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi tot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatin teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing).
		C. Intervensi Inovasi: Pemberian Progressive Relaxation Terapi Muscle

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang sebelumnya telah disusun lalu diterapkan melalui Tindakan atau aktivitas nyata. Tahapan ini mencakup berbagai bentuk tindakan yang mencerminkan sifat mandiri, kolaborasi, maupun tindakan yang bersifat delegatif. Selama proses pelaksanaan, perawat bertanggung jawab untuk terus memantau respons pasien secara individual terhadap setiap intervensi yang diberikan.

Intervensi yang diterapkan dalam proses keperawatan bersifat komprehensif, yang mencakup metode terapeutik untuk pengobatan, rehabilitatif (pemulihan), preventif (pencegahan), dan suportif (dukungan kesehatan). Untuk pelaksanaannya, perawat wajib mengutamakan prinsip etik dengan menghormati hak-hak pasien serta mendorong partisipasi aktif dari pasien guna mencapai keberhasilan asuhan keperawatan yang lebih optimal (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

Tabel 2

Pengisian Tabel Implementasi Asuhan Keperawatan Ansietas dengan *Progressive Muscle Relaxation* pada pasien dengan Fraktur Di Ruangannya Besan RSUD Klungkung

Waktu	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, dan pukul berapa tindakan diberikan.	Diisi dengan Tindakan keperawatan yang diberikan.	Data subjektif dan objektif setelah diberikan tindakan.	Paraf yang disertai nama terang sebagai bukti bahwa Tindakan telah diberikan.

5. Evaluasi keperawatan

Menurut (Dr. Dhiana Setyorini, 2025) evaluasi merupakan tahap sistematis yang melibatkan analisis komprehensif antara capaian yang dialami pasien dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan pada fase intervensi. Penilaian

keperawatan ini adalah proses berkelanjutan yang bertujuan untuk mengukur efektivitas tindakan yang telah diberikan. Hasil dari evaluasi ini akan menjadi dasar bagi perawat untuk mengambil keputusan klinis, apakah rencana keperawatan tersebut akan dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan karena masalah telah teratasi. Berdasarkan waktu pelaksanaannya, evaluasi keperawatan dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu:

a. Evaluasi proses (formatif)

Evaluasi formatif merupakan aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi formatif harus dilaksanakan segera setelah rencana keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi formatif harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi formatif terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan format evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan.

b. Evaluasi hasil (sumatif)

Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

- 1) Tujuan tercapai/masalah teratasi, jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- 2) Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi, jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

Penentuan masalah teratasi atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

- a) S (subjektif) merupakan informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan.
- b) O (objektif) merupakan informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan perawat setelah tindakan dilakukan.
- c) A (analisis) merupakan membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil Kesimpulan bahwa masalah teratasi atau tidak teratasi.
- d) P (planning) merupakan rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis.

Tabel 3

Pengisian Tabel Evaluasi Asuhan Keperawatan Ansietas dengan *Progressive Muscle Relaxation* pada pasien dengan Fraktur Di Ruang Besan RSUD Klungkung

Waktu		Evaluasi	Keperawatan	Paraf
		(SOAP)		
Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, dan pukul berapa evaluasi dilakukan	Penarikan tindakan atau respon pasien setelah tindakan dilakukan sesuai dengan waktunya yang telah ditentukan dan ditulis dengan format (SOAP)		Sebagai bukti bahwa evaluasi sudah dilakukan dan dilengkapi dengan nama terang	

D. Konsep Dasar *Progressive Muscle Relaxation*

1. Definisi *Progressive Muscle Relaxation*

Relaksasi otot progresif merupakan sebuah teknik relaksasi terhadap otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi maupun sugesti. Teknik relaksasi ini dilakukan dengan menegangkan otot-otot tertentu yang dikombinasikan dengan latihan pernapasan dalam serta serangkaian seri kontraksi dan relaksasi terhadap otot tertentu sehingga menciptakan kondisi rileks (Khasanah & Hasanah, 2026)

Progressive Muscle Relaxation atau terapi relaksasi otot progresif adalah memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangannya dengan melakukan teknik relaksasi untuk bisa mendapatkan perasaan yang relaks (Hendra Irawan et al., 2024).

2. Manfaat *Progressive Muscle Relaxation*

PMR merupakan suatu prosedur untuk mendapatkan relaksasi otot melalui dua langkah. Langkah pertama dengan memberikan tegangan pada suatu kelompok otot, dan kedua dengan menghentikan tegangan kemudian memusatkan perhatian terhadap bagaimana otot tersebut menjadi rileks, dan merasakan sensasi relax secara fisik ketika tegangannya menghilang. Latihan PMR melibatkan pernafasan dengan mengikuti irama dalam pernafasan. Pada dasarnya PMR menggunakan melibatkan konsentrasi dan relaksasi antar berbagai kelompok otot mulai dari kaki ke arah atas atau dari kepala ke bawah. Hal tersebut dapat memberikan sensasi relax memberikan ketenangan dan menghilangkan Ansietas (Fadillah & Yudiarso, 2021)

PMR terbukti efektif dalam menurunkan tingkat Ansietas pada berbagai populasi, termasuk pasien penyakit kronis dan pasien *pre-operasi*. Meta-analisis menunjukkan bahwa PMR memiliki *effect size* yang besar dalam mengurangi gejala ansietas, dengan kemampuan mengubah tingkat Ansietas dari kategori berat menjadi ringan atau sedang (Fadillah & Yudiarso, 2021)

3. Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* terhadap Ansietas

Pasien pre operasi yang akan menjalani operasi biasanya akan mengalami Ansietas. Salah satu Ansietas yang terjadi pada pasien pre operasi seperti ketakutan, kegelisahan mental, firasat atau perasaan putus asa, takut pembiusan gagal, takut dengan operasi gagal pada saat menjalani operasi. Beberapa metode yang dapat digunakan untuk mengurangi Ansietas pasien meliputi farmakologi, pendekatan dukungan dan psikoterapi. Teknik utama psikoterapi dalam pengobatan Ansietas adalah melalui relaksasi dan biofeedback. Teknik relaksasi yang digunakan untuk mengurangi Ansietas pada pasien pre operasi adalah teknik *progressive muscle relaxation*. Dengan melakukan latihan ini secara rutin, seseorang dapat mengurangi ketegangan otot yang sering dihubungkan dengan Ansietas, sehingga mengurangi gejala Ansietas secara keseluruhan. *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) teknik relaksasi ini melibatkan pengencangan dan pengenduran secara bergantian kelompok otot utama di tubuh untuk mengurangi ketegangan dan stres. Penderita dapat merasakan hilangnya ketegangan sebagai salah satu respon nyeri dan Ansietas di mana terapi PMR dapat merangsang pengeluaran endorfin dan merangsang signal otak yang menyebabkan otot relaks serta dapat meningkatkan aliran darah ke otak. Relaksasi dapat meningkatkan kualitas tidur, mengurangi rasa Ansietas,

menurunkan tekanan darah, merangsang sirkulasi darah dan memastikan relaksasi otot(Wahyuningsih et al., 2024)

4. Prosedur *Progressive Muscle Relaxation*

Menurut Setyoadi dan Kushariyadi (2016) dalam (Melda dkk., 2021)persiapan untuk melakukan teknik ini yaitu:

A. Definisi

Progresive Muscle Relaxation (PMR) adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut. Dengan mengetahui lokasi dan merasakan otot yang tegang, maka kita dapat merasakan hilangnya ketegangan

B. Tujuan

- a) Menurunkan ketegangan otot, Ansietas, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, dan laju metabolik.
- b) Mengurangi distritmia jantung, kebutuhan oksigen.
- c) Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokus perhatian seperti relaks
- d) Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi. Pelaksanaan Progresif Terhadap Perubahan Tekanan Darah
- e) Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stres.
- f) Mengatasi insomnia
- g) Membangun emosi dari emosi negatif.

C. Manfaat

Relaksasi otot progresif telah digunakan dalam berbagai penelitian di dalam dan diluar negeri dan telah terbukti bermanfaat pada berbagai kondisi subyek penelitian. Saat ini latihan relaksasi relaksasi otot progresif semakin berkembang dan semakin sering dilakukan karena terbukti efektif mengatasi ketegangan, Ansietas, stres dan depresi, membantu orang yang mengalami insomnia hingga meningkatkan kualitas hidup pasien sebelum operasi, membantu menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi esensial, meredakan keluhan sakit kepala dan meningkatkan kualitas hidup.

D. Persiapan

Persiapan alat dan lingkungan : kursi, bantal, serta lingkungan yang tenang dan sunyi.

1. Pahami tujuan, manfaat, prosedur.
2. Posisikan tubuh secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal di bawah kepala dan lutut atau duduk di kursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri.
3. Lepaskan asesoris yang digunakan seperti kacamata, jam, dan sepatu.
4. Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain sifatnya mengikat

E. Prosedur Pelaksanaan

1. Gerakan 1 : Ditunjukkan untuk melatih otot tangan.
 - a) Genggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan.
 - b) Buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi.
 - c) Pada saat kepalan dilepaskan, rasakan relaksasi

- d) selama 10 detik. d) Gerakan pada tangan kiri ini dilakukan dua kali sehingga dapat
 - e) membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami. Lakukan gerakan yang sama pada tangan kanan.
2. Gerakan 2 : Ditunjukkan untuk melatih otot tangan bagian belakang.
- a) Tekuk kedua lengan ke belakang pada peregalangan tangan sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang.
 - b) Jari-jari menghadap ke langit- langit.
3. Gerakan 3 : Ditunjukkan untuk melatih otot biseps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan).
- a) Genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan.
 - b) Kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biseps akan menjadi tegang.
4. Gerakan 4 : Ditunjukkan untuk melatih otot bahu supaya mengendur.
- a) Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hingga menyentuh kedua telinga.
 - b) Fokuskan perhatian gerakan pada kontrak ketegangan yang terjadi di bahu punggung atas, dan leher.
5. Gerakan 5 dan 6: ditunjukkan untuk melemaskan otot-otot wajah (seperti dahi, mata, rahang dan mulut).
- a) Gerakan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa kulitnya keriput.
 - b) Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.

6. Gerakan 7 : Ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang.
7. Gerakan 8 : Ditujukan untuk mengendurkan otot-otot di sekitar mulut. Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut.
8. Gerakan 9 : Ditujukan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang.
 - a) Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan.
 - b) Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat.
 - c) Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan di bagian belakang leher dan punggung atas.
9. Gerakan 10 : Ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.
 - a) Gerakan membawa kepala ke muka.
 - b) Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.
10. Gerakan 11 : Ditujukan untuk melatih otot punggung
 - a) Angkat tubuh dari sandaran kursi.
 - b) Punggung dilengkungkan
 - c) Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.
 - d) Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lurus.
11. Gerakan 12 : Ditujukan untuk melemaskan otot dada.

- b) Tarik napas Panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya.
- c) Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas.
- d) Saat tegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega. Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks.

12. Gerakan 13 : Ditujukan untuk melatih otot perut

- a) Tarik dengan kuat perut ke dalam.
- b) Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.
- c) Ulangi kembali seperti gerakan awal untuk perut.

13. Gerakan 14-15 : Ditujukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis).

- a) Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang
- b) Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.
- c) Tahan posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas.
- d) Ulangi setiap gerakan masing- masing dua kali.