

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Konsep Dasar Aktivitas**

Kebanyakan orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh manusia. Kemampuan aktivitas seseorang tidak terlepas dari keadekuatan sistem persarafan dan muskuloskeletal. Pergerakan atau mekanik tubuh pada dasarnya adalah bagaimana menggunakan secara efektif, terkoordinasi, dan aman, sehingga menghasilkan gerakan yang baik dan keseimbangan selama beraktivitas. Peran perawat sangat penting untuk mencegah terjadinya gangguan mekanik tubuh terutama pada klien yang mengalami tirah baring lama dan cedera dan lain-lain, hal ini dapat menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan tonus otot. Sehingga berdampak pada gangguan intoleransi aktivitas, hambatan mobilisasi, kelelahan, imobilisasi dan defisit perawatan diri. Dengan demikian perawat harus bisa melatih mekanik tubuh dengan benar, sehingga mencegah komplikasi klien seperti jatuh, tekanan fisik, cedera dan dampak imobilisasi (Rosmalawati, 2016).

Aktivitas merupakan suatu energi atau keadaan untuk bergerak untuk memenuhi kebutuhan. Kemampuan aktivitas meliputi berdiri, berjalan, bekerja, makan, dan lain sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, serta sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal. Dalam hal ini, kemampuan beraktivitas tidak lepas dari sistem persarafan dan muskuloskeletal yang adekuat (Ambarwati, 2014).

Semua manusia pada dasarnya mempunyai kebutuhan dasar yang sama meskipun setiap manusia memiliki kebutuhan yang unik satu sama lain Maslow merupakan salah satu metode yang paling umum untuk menetapkan prioritas sesuai dengan kebutuhan klien. Hierarki ini dapat

menjadi dasar penentuan dalam memberikan asuhan keperawatan dalam semua rentang usia. Pemberian layanan keperawatan saat ini berkembang sangat pesat dan menantang perawat untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas melalui pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan terutama pengkajian mempunyai peran penting untuk dapat mencapai asuhan keperawatan yang berkualitas. Pengenalan perawat akan kebutuhan dasar manusia berguna untuk dapat memeriksa ketepatan penegakan setiap tindakan keperawatan (Ineke Patrisia, 2020).

a. Pengertian Mobilisasi

Mobilisasi menurut (Zulaikha, 2019) adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak mengakibatkan seseorang menjadi ketergantungan dan membutuhkan tindakan keperawatan

b. Manfaat Aktivitas atau Mobilitas

Manfaat dari gerakan tubuh menurut (Zulaikha, 2019) antara lain, tubuh menjadi segar, memperbaiki tonus otot, mengontrol berat badan, merangsang peredaran darah, mengurangi stres, meningkatkan relaksasi, memperlambat proses penyakit (penyakit degeneratif), untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh), sedang untuk anak merangsang pertumbuhan.

c. Koordinasi Mekanik Tubuh

Mekanika tubuh (body mechanic) menurut (Zulaikha, 2019) adalah penggunaan organ secara efisien dan efektif sesuai dengan fungsinya. Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara system muskuloskeletal dan system persarafan di dalam tubuh. Komponen system muskuloskeletal melibatkan tulang, otot, tendon, ligamen, kartilago, dan sendi

d. Faktor yang mempengaruhi aktivitas atau mobilisasi

Menurut (Melti Suriya, 2019) yaitu :

- 1) Tingkat perkembangan tubuh: Usia seseorang mempengaruhi system muskuloskeletal dan persarafan. Untuk itu, dalam

melakukan tindakan keperawatan untuk membantu memenuhi kebutuhan aktivitas, perawat harus memperhatikan aspek tumbuh kembang klien sesuai kebutuhan.

- 2) Kesehatan fisik: Seseorang dengan penyakit (gangguan muskuloskeletal, gangguan kardiovaskuler, gangguan sistem respirasi), cacat tubuh dan imobilisasi akan dapat mengganggu pergerakan tubuh.
- 3) Keadaan nutrisi: Seseorang dengan nutrisi kurang, hal ini menyebabkan kelemahan dan kelelahan otot yang berdampak pada penurunan aktivitas dan pergerakan. Sebaliknya, hal yang sama terjadi pada kondisi nutrisi lebih (obesitas).
- 4) Status mental: Seseorang mengalami gangguan mental cenderung tidak antusias dalam mengikuti aktivitas, bahkan kehilangan energi untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene.
- 5) Gaya hidup: Seseorang dalam melakukan pola aktivitas sehari-hari dengan baik tidak akan mengalami hambatan dalam pergerakan, demikian juga sebaliknya.

## 2. Konsep Dasar Istirahat

### a. Pengertian Istirahat

Istirahat merupakan kondisi relaksasi sadar. Istirahat meliputi relaksasi seluruh tubuh atau mungkin hanya melibatkan istirahat untuk bagian tubuh tertentu. (Vaughan, 2013)

### b. Karakteristik Istirahat

- 1) Merasakan bahwa segala sesuatu dapat diatasi
- 2) Merasa diterima
- 3) Mengetahui apa yang sedang terjadi
- 4) Bebas dari gangguan ketidaknyamanan
- 5) Mempunyai sejumlah kepuasan terhadap aktivitas yang mempunyai tujuan
- 6) Mengetahui adanya bantuan sewaktu memerlukan

Kebutuhan istirahat dapat dirasakan apabila semua karakteristik diatas dapat terpenuhi.

### 3. Konsep Dasar Tidur

#### a. Pengertian Tidur

Tidur merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Mencapai kualitas tidur yang baik penting bagi kesehatan, sama halnya dengan sembuh dari penyakit. Pasien yang sedang sakit sering kali membutuhkan tidur dan istirahat yang lebih banyak dari pada pasien yang sehat dan biasanya penyakit mencegah beberapa pasien untuk mendapatkan tidur dan istirahat yang adekuat. Lingkungan rumah sakit atau fasilitas perawatan jangka panjang dan aktivitas pemberi layanan sering kali membuat pasien sulit tidur (Ummami Vanesa Indri, 2014).

Status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur juga dikatakan merupakan keadaan tidak sadar dimana individu dapat dibangunkan oleh stimulus atau sensoris yang sesuai (Guyton, 1986 dalam Alimul 2006), atau juga dapat dikatakan sebagai keadaan tidak sadarkan diri yang relatif, bukan hanya keadaan penuh ketenangan tanpa kegiatan, tetapi lebih merupakan suatu urutan siklus yang berulang, dengan ciri adanya aktivitas yang minimum, memiliki kesadaran yang bervariasi, terdapat perubahan proses fisiologis dan terjadi penurunan respons terhadap rangsangan dari luar (Zulaikha, 2019).

#### b. Fisiologi Tidur

Tidur terjadi dalam siklus yang diselingi priode terjaga. Siklus tidur/terjaga umumnya mengikuti irama *circadian/sirkadian* (irama ini merupakan system internal tubuh yang memiliki beragam peran dalam tubuh, salah satunya mengatur siklus tidur). Ada 5 tahapan tidur, tahap 1 hingga tahap 4 mengacu pada tidur dengan gerakan mata tidak cepat (NREM-Non Rapid Eye Movement) dan berkisar dari keadaan tidur sangat ringan di tahap 1 hingga keadaan tidur nyenyak di tahap 3 dan 4. (Vaughas, 2013)

c. Tahapan Tidur

Tahapan tidur menurut (Zulaikha, 2019). Berdasarkan prosesnya, terdapat dua tahapan tidur. Pertama, tahapan tidur yang disebabkan oleh menurunnya kegiatan di dalam sistem pengaktifan retikularis. Tahapan tidur tersebut disebut dengan tidur gelombang lambat karena gelombang otaknya sangat lambat, atau disebut tidur *nonrapid eye movement* (NREM). Kedua, tahapan tidur yang disebabkan oleh penyaluran isyarat-isyarat abnormal dari dalam otak, meskipun kegiatan otak mungkin tidak tertekan secara berarti. Tahapan tidur yang kedua disebut dengan tahap tidur paradoks atau tidur *rapid eye movement* (REM).

1) Tidur gelombang lambat (*slow wave sleep*)/*nonrapid eye movement* (NREM).

Tidur ini dikenal dengan tidur yang dalam, istirahat penuh, dengan gelombang otak yang lebih lambat, atau juga dikenal dengan tidur nyenyak. Ciri-ciri tidur nyenyak adalah menyegarkan, tanpa mimpi, atau tidur dengan gelombang delta. Ciri lainnya adalah individu berada dalam keadaan istirahat penuh, tekanan darah menurun, frekuensi napas menurun, pergerakan bola mata melambat, mimpi berkurang, dan metabolisme menurun. Perubahan selama proses NREM tampak melalui elektronsefalografi dengan memperlihatkan gelombang otak berada pada setiap tahap tidur NREM. Tahap tersebut, yaitu: kewaspadaan penuh dengan gelombang beta yang berfrekuensi tinggi dan bervoltase rendah; istirahat tentang yang dapat diperlihatkan pada gelombang alfa; tidur ringan karena terjadi perlambatan gelombang alfa ke jenis beta atau delta yang bervoltase rendah; dan tidur nyenyak gelombang lambat dengan gelombang delta bervoltase tinggi dan berkecepatan 1-2 per detik.

Tahapan tidur jenis NREM menurut (Vaughan, 2013) :

a) Tahap I

Tahapan ini adalah tahap paling ringan, gelombang otak menjadi lambat; muncul gelombang teta, tahap ini hanya berlangsung beberapa menit.

b) Tahap II

Tahapan II merupakan tahap tidur ringan, gelombang otak menjadi lebih lambat, tahap ini berlangsung 20 menit masih cukup mudah untuk membangunkan orang dari tidur.

c) Tahap III

Tahap ini merupakan tahap tidur lebih nyenyak, gelombang otak lambat disebut gelombang delta, tidur tahap ini berlangsung 15-20 menit, orang sulit dibangunkan.

d) Tahap IV

Tahap ini merupakan tahap tidur paling nyenyak, sama seperti tahap 3, tidur dengan gelombang otak lambat yang disebut gelombang delta, tidur ini berlangsung 15-20 menit sama dengan tahap 3.

2) Tidur paradoks/ tidur *rapid eye movement* (REM)

Tidur REM biasanya terjadi setiap 90 menit dan berlangsung selama 5-30 menit. Tidur REM tidak senyenyak tidur NREM, dan sebagian besar mimpi terjadi pada tahap ini. Selama tidur REM, otak cenderung aktif dan metabolismenya meningkat hingga 20%. Pada tahap individu menjadi sulit untuk dibangunkan atau justru dapat bangun dengan tiba-tiba, tonus otot terdepresi, sekresi lambung meningkat, dan frekuensi jantung dan pernapasan seringkali tidak teratur. Selama tidur, individu melewati tahap tidur NREM dan REM. Siklus tidur yang komplisit normalnya berlangsung selama 1,5 jam, dan setiap orang biasanya melalui empat hingga lima siklus selama 7-8 jam tidur. Siklus tersebut dimulai dari tahap NREM yang berlanjut ke tahap REM. Tahap NREM I-III berlangsung selama 30 menit, kemudian diteruskan ke tahap IV selama  $\pm$  20 menit. Setelah itu, individu kembali melalui

tahap III dan II selama 20 menit. Tahap I REM muncul sesudahnya dan berlangsung selama 10 menit.

d. Fungsi dan Tujuan Tidur

Fungsi dan tujuan masih belum diketahui secara jelas. Meskipun demikian, tidur diduga bermanfaat untuk menjaga keseimbangan mental, emosional, dan kesehatan. Selain itu, stres pada paru-paru, sistem kardiovaskuler, endrokrin dan lain-lainnya juga menurunkan aktivitasnya. Energi yang tersimpan selama tidur diarahkan untuk fungsi-fungsi seluler yang penting. Secara umum terdapat dua efek fisiologis tidur, pertama efek pada sistem saraf yang diperkirakan dapat memulihkan kepekaan normal dan keseimbangan diantara berbagai susunan saraf. Kedua, efek pada struktur tubuh yang dapat memulihkan kesegaran dan fungsi organ dalam tubuh, karena selama tidur telah terjadi penurunan aktivitas organ-organ tubuh tersebut .

e. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kualitas Tidur

Menurut (Zulaikha, 2019) kualitas dan kuantitas tidur dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kualitas tersebut dapat menunjukkan adanya kemampuan individu untuk tidur dan memperoleh jumlah istirahat sesuai dengan kebutuhannya.

Berikut ini merupakan faktor yang dapat memengaruhi pemenuhan kebutuhan tidur, antara lain :

1) Penyakit

Penyakit dapat menyebabkan nyeri atau distress fisik yang dapat menyebabkan gangguan tidur. Sakit dapat mempengaruhi kebutuhan tidur seseorang. Banyak penyakit yang memperbesar kebutuhan tidur, misalnya penyakit yang disebabkan oleh infeksi, namun banyak juga penyakit yang menjadikan klien kurang atau bahkan tidak bisa tidur, misalnya nyeri habis operasi. Individu yang sakit membutuhkan waktu tidur yang lebih banyak daripada biasanya di samping itu, siklus bangun-tidur selama sakit juga dapat mengalami gangguan .

2) Lingkungan

Faktor lingkungan dapat membantu sekaligus menghambat proses tidur. Tidak adanya stimulus tertentu atau adanya stimulus dapat menghambat upaya tidur. Sebagai contoh, temperatur yang tidak nyaman atau ventilasi yang buruk dapat mempengaruhi tidur seseorang. Akan tetapi seiring waktu individu bisa beradaptasi dan tidak lagi terpengaruh dengan kondisi tersebut.

### 3) Latihan dan Kelelahan

Kondisi tubuh yang lelah dapat mempengaruhi pola tidur seseorang. Semakin lelah seseorang, semakin pendek siklus tidur REM yang dilaluinya. Setelah beristirahat biasanya siklus REM akan kembali memanjang.

### 4) Gaya Hidup

Individu yang sering berganti jam kerja harus mengatur aktivitasnya agar bisa tidur pada waktu yang tepat.

### 5) Stress Emosional

Ansietas dan depresi sering kali mengganggu tidur seseorang. Kondisi ansietas dapat meningkatkan kadar norepinefrin darah melalui stimulasi system saraf simpatik. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya siklus tidur NREM tahap IV dan tidur REM serta seringnya terjaga saat tidur.

### 6) Stimulant dan Alkohol

Kafein yang terkandung dalam beberapa minuman dapat merangsang susunan syaraf pusat (SSP) sehingga dapat mengganggu pola tidur. Sedangkan konsumsi alkohol yang berlebihan dapat mengganggu siklus tidur REM. Ketika pengaruh alkohol telah hilang, individu sering kali mengalami mimpi buruk.

### 7) Diet

Penurunan berat badan dikaitkan dengan penurunan waktu tidur dan seringnya terjaga di malam hari. Sebaliknya, penambahan berat badan dikaitkan dengan peningkatan total tidur dan sedikitnya periode terjaga di malam hari.

### 8) Merokok

Nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki efek stimulasi pada tubuh. Akibatnya, perokok sering kali kesulitan untuk tidur dan mudah terbangun di malam hari .

#### 9) Medikasi

Obat-obatan tertentu dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Hipnotik dapat mengganggu tahap III dan IV tidur NREM, metabloker dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk, sedangkan narkotika (misalnya: meperidin hidroklorida dan morfin (yang biasanya di gunakan dalam pengobatan saat perang)) diketahui dapat menekan tidur REM dan menyebabkan seringnya terjaga di malam hari.

#### 10) Motivasi

Keinginan untuk tetap terjaga terkadang dapat menutupi perasaan lelah seseorang. Sebaliknya, perasaan bosan atau tidak adanya motivasi untuk terjaga sering kali dapat mendatangkan kantuk .

#### 11) Lingkungan

Keadaan lingkungan yang aman dan nyaman bagi seseorang dapat mempercepat terjadinya proses tidur. Jadi menurut (Zulaikha, 2019) ada 11 faktor yang dapat mempengaruhi seseorang dalam proses tidurnya, bila kita hubungkan dengan klien di masyarakat, disini akan membantu kita menentukan asuhan keperawatan apabila menemukan klien yang datang dengan gangguan tidur

##### 1) Insomnia

Insomnia adalah ketidakmampuan memenuhi kebutuhan tidur, baik secara kualitas maupun kuantitas. Gangguan tidur ini umumnya ditemui pada individu dewasa. Penyebabnya bisa karena gangguan fisik atau karena faktor mental seperti perasaan gundah atau gelisah.

##### 2) Parasomnia

Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Gangguan ini umum terjadi

pada anak-anak. Beberapa turunan parasomnia antara lain sering terjaga (misalnya: tidur berjalan, night terror), gangguan transisi bangun-tidur

3) Hipersomnia

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur yang berlebihan terutama pada siang hari. Gangguan ini dapat disebabkan oleh kondisi tertentu, seperti kerusakan system saraf, gangguan pada hati atau ginjal, atau karena gangguan metabolisme (misalnya: hipertiroidisme). Pada kondisi tertentu, hipersomnia dapat digunakan sebagai mekanisme coping untuk menghindari tanggung jawab pada siang hari .

4) Narkolepsi

Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tak tertahankan yang muncul secara tiba-tiba pada siang hari. Gangguan ini disebut juga sebagai “serangan tidur” atau sleep attack. Penyebab pastinya belum diketahui. Diduga karena kerusakan genetik system saraf pusat yang menyebabkan tidak terkendali lainnya periode tidur REM. Alternatif pencegahannya adalah dengan obat-obatan, seperti: amfetamin atau metilpenidase, hidroklorida, atau dengan antidepresan seperti imipramin hidroklorida.

5) Apnea Saat Tidur dan Mendengkur

Apnea saat tidur atau sleep adalah kondisi terhentinya nafas secara periodik pada saat tidur. Kondisi ini diduga terjadi pada orang yang mengorok dengan keras, sering terjaga di malam hari, insomnia, mengantuk berlebihan pada siang hari, sakit kepala di siang hari, iritabilitas, atau mengalami perubahan psikologis seperti hipertensi atau aritmia jantung. Mendengkur sendiri disebabkan oleh adanya rintangan dalam pengaliran udara di hidung dan mulut pada waktu tidur, biasanya

disebabkan oleh adenoid, amandel atau mengendurnya otot di belakang mulut.

#### 6) Enuresia

Enuresia merupakan buang air kecil yang tidak disengaja pada waktu tidur, atau biasa disebut istilah mengompol. Enuresia dibagi menjadi dua jenis: enuresia nokturnal, merupakan mengompol di waktu tidur, dan enuresia diurnal, mengompol saat bangun tidur. Enuresia nokturnal umumnya merupakan gangguan pada tidur NREM.

### B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

#### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Keperawatan dalam proses keperawatan menurut (Budiono & Pertami, 2017) meliputi :

- a. Data pasien
- b. Keluhan umum
 

Apakah keluhan yang dirasakan pasien pascaoperasi apendisitis.
- c. Riwayat kesehatan sekarang
 

Kapan pasien mengalami apendisitis dan bagaimana terjadinya.
- d. Riwayat kesehatan sebelumnya
 

Meliputi penyakit apa yang pernah diderita oleh pasien, operasi abdomen yang lalu, apakah pasien pernah masuk rumah sakit.
- e. Riwayat kesehatan keluarga
 

Apakah anggota keluarga pasien memiliki penyakit keturunan yang sama dengan pasien yang mungkin dapat mempengaruhi kondisi sekarang.
- f. Pola aktivitas
 

Pengkajian ini bertujuan untuk melihat perubahan pola yang berkaitan dengan terganggunya system tubuh serta dampaknya terhadap pemenuhan kebutuhan dasar pasien. Aktivitas dipengaruhi oleh keadaan dan tidak mau bergerak karena rasa nyeri luka operasi,

aktivitas biasanya terbatas karena harus bedrest berapa waktu lama setelah pembedahan.

g. Pola istirahat dan tidur

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur pasien.

h. Pola hubungan dan peran

Apakah dengan keterbatasan gerak kemungkinan pasien tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya. Apakah pasien mengalami emosi yang tidak stabil.

i. Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

Apakah keadaan umum pasien, seperti baik/buruk, kesadaran (composmentis, apatis, sopor, somnolen, semi coma, coma), periksa tanda-tanda vital pasien (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan), apakah ekspresi wajah pasien menahan sakit, dan ada tidaknya kelemahan.

2) Integumen

Ada tidaknya edema, sianosis, pucat, pemerahan luka pembedahan pada abdomen sebelah kanan bawah.

3) Abdomen

Pada pascaoperasi biasanya sering terjadi ada tidaknya paristaltik pada usus yang ditandai dengan distensi abdomen, tidak flatus dan mual, apakah bisa BAK secara spontan atau retensi urine, periksa apakah mengalir lancar.

4) Ekstremitas

Apakah ada keterbatasan dalam aktivitas karena adanya nyeri yang hebat dan apakah ada kelumpuhan atau kekakuan.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon klien terhadap

masalah. Manfaat diagnosis keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah (SDKI:2017)

Masalah keperawatan yang sering muncul pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat, antara lain :

- 1) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
- 2) Gangguan Pola Tidur (D.0055)
- 3) Intoleransi Aktivitas (D.0056)
- 4) Kesiapan Peningkatan Tidur (D.0058)

Tabel 2.1  
Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis	Penyebab	Tanda dan Gejala		Kondisi terkait
			Mayor	Minor	
1	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik</b></p> <p>Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>2. Perubahan metabolisme</li> <li>3. Ketidabugaran fisik</li> <li>4. Penurunan kendali otot</li> <li>5. Penurunan massa otot</li> <li>6. Penurunan kekuatan otot</li> <li>7. Keterlambatan perkembangan</li> <li>8. Kekakuan sendi</li> <li>9. Kontraktur</li> <li>10. Malnutrisi</li> <li>11. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>12. Gangguan neuromuskular</li> <li>13. Indeks</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun</li> <li>2. Rentang gerak (ROM) menurun</li> </ol>	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sendi kaku</li> <li>2. Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>3. Gerakan terbatas</li> <li>4. Fisik lemah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke</li> <li>2. Cedera medula spinalis</li> <li>3. Trauma</li> <li>4. Fraktur</li> <li>5. Osteoarthritis</li> <li>6. Osteomalasia</li> <li>7. Keganasan</li> </ol>

		<p>masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia</p> <p>14. Efek agen farmakologis</p> <p>15. Program pembatasan gerak</p> <p>16. Nyeri</p> <p>17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik</p> <p>18. Kecemasan</p> <p>19. Gangguan kognitif</p> <p>20. Keengganan melakukan pergerakan</p> <p>21. Gangguan sensori persepsi</p>			
2	<p><b>Gangguan Pola Tidur</b></p> <p>Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p>	<p>1. Hambatan lingkungan (mis. Kelembaban, bau tidak sedap, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, jadwal pemeriksaan )</p> <p>2. Kurang kontrol tidur</p> <p>3. Kurang privasi</p> <p>4. Restraint fisik</p> <p>5. Ketiadaan teman tidur</p> <p>6. Tidak familiar dengan alat tidur</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <p>1. Mengeluh sulit tidur</p> <p>2. Mengeluh sering terjaga</p> <p>3. Mengeluh tidak puas tidur</p> <p>4. Mengeluh pola tidur berubah</p> <p>5. Mengeluh istirahat tidak cukup</p> <p><b>Objektif : (-)</b></p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <p>1. Mengeluh kemampuan aktivitas menurun</p> <p><b>Objektif : (-)</b></p>	<p>1. Nyeri/kolik</p> <p>2. Hipertiroidisme</p> <p>3. Kecemasan</p> <p>4. Penyakit paru</p> <p>5. Kehamilan</p> <p>6. Periode pasca partum</p> <p>7. Kondisi pasca operasi</p>
3	<p><b>Intoleransi Aktivitas</b></p> <p>Definisi :</p>	<p>1. Ketidakseimbangan antara suplai dan</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <p>1. Mengeluh lelah</p>	<p><b>Subjektif :</b></p> <p>1. Dispnea saat/setelah aktivitas</p>	<p>1. Anemia</p> <p>2. Gagal jantung kongestif</p>

	Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari	kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton	<b>Objektif :</b> 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah <b>Objektif :</b> 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis	3. Penyakit jantung coroner 4. Penyakit katup jantung 5. Aritmia 6. Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) 7. Gangguan metabolik 8. Gangguan muskuloskeletal
3	<b>Kesiapan Peningkatan Tidur</b>  Definisi : Pola penurunan kesadaran alamiah dan periodik yang memungkinkan istirahat adekuat, mempertahankan gaya hidup yang diinginkan dan dapat ditingkatkan.		<b>Subjektif :</b> 1. Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur 2. Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur  <b>Objektif :</b> 1. Jumlah waktu tidur sesuai dengan pertumbuhan perkembangan	<b>Subjektif :</b> 1. Tidak menggunakan obat tidur  <b>Objektif :</b> 1. Menerapkan rutinitas tidur yang meningkatkan kebiasaan tidur	1. Pemulihan pasca operasi 2. Nyeri kronis 3. Kehamilan (periode prenatal/postnatal) 4. <i>Sleep apnea</i>

Sumber : (SDKI, 2017)

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan aktivitas menggunakan pendekatan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Sedangkan buku SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) digunakan penulis untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil keperawatan.

Adapun tujuan dan kriteria hasil serta intervensi dari gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat menurut SIKI (2018) adalah:

Tabel 2.2  
Intervensi Keperawatan

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	
Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekwensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>2. Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan keperawatan diri</li> <li>3. Dukungan keperawatan diri : BAB/BAK</li> <li>4. Dukungan keperawatan diri : Berpakaian</li> <li>5. Dukungan keperawatan diri : Makan/Minum</li> <li>6. Dukungan keperawatan diri : Mandi</li> <li>7. Edukasi Latihan Fisik</li> <li>8. Edukasi Teknik ambulasi</li> <li>9. Edukasi Teknik Transfer</li> <li>10. Konsultasi Via Telepon</li> <li>11. Latihan Otogenik</li> <li>12. Managemen Energi</li> <li>13. Managemen lingkungan</li> <li>14. Managemen Mood</li> <li>15. Managemen Nutrisi</li> <li>16. Managemen Nyeri</li> <li>17. Managemen Mediksi</li> <li>18. Managemen Program latihan</li> <li>19. Managemen sensasi perifer</li> <li>20. Pemantuan Neurologis</li> <li>21. Pemberian obat</li> <li>22. Pemberian obat intravena</li> <li>23. Pembidaian</li> <li>24. Pencegahan jatuh</li> <li>25. Pencegahan luka tekan</li> <li>26. Pengaturan posisi</li> <li>27. Pengekangan fisik</li> <li>28. Perawatan kaki</li> <li>29. Perawatan sirkulasi</li> <li>30. Perawatan tirah baring</li> <li>31. Perawatan traksi</li> <li>32. Promosi berat badan</li> <li>33. Promosi kepatuhan program latihan</li> <li>34. Promosi latuhan fisik</li> <li>35. Teknik latihan penguatan otot</li> <li>36. Tenik latuhan penguatan sendi</li> <li>37. Terapi aktivitas</li> <li>38. Terapi pijat</li> <li>39. Terapi relaksasi otot progresif</li> </ol>
<p><b>Dukungan Ambulasi (I.06171)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p><b>Teraupetik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu ( mis. Tongkat, dan kruk)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik.</li> </ol>	

<p>3. Libatkan keluarga dalam membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.</li> <li>2. Anjurkan untuk melakukan ambulasi dini.</li> <li>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya)</li> </ol>	
---	--

Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur (D.0055)	
Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p><b>Dukungan tidur (I.05174)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air waktu tidur)</li> <li>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</li> <li>5. Anjurkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</li> <li>6. Intervensi inovasi yang disusun yaitu : pemberian Eye Mask dan Earplug</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan meditasi</li> <li>3. Dukungan perawatan diri BAB/BAK</li> <li>4. Latihan otogenik</li> <li>5. Manajemen Energi</li> <li>6. Manajemen Lingkungan</li> <li>7. Manajemen medikasi</li> <li>8. Manajemen nutrisi</li> <li>9. Manajemen nyeri</li> <li>10. Manajemen penggantian hormon</li> <li>11. Pemberian obat oral</li> <li>12. Pengaturan posisi</li> <li>13. Promosi koping</li> <li>14. Promosi latihan fisik</li> <li>15. Reduksi ansietas</li> <li>16. Teknik menenangkan</li> <li>17. Terapi aktivitas</li> <li>18. Terapi musik</li> <li>19. Terapi pemijatan</li> <li>20. Terapi relaksasi</li> <li>21. Terapi relaksasi otot progresif</li> </ol>

<p><b>Edukasi Aktivitas atau Istirahat (I.12362)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</li> <li>3. Jadwal pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara rutin</li> <li>2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok aktivitas bermain atau aktivitas lainnya</li> <li>3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat</li> <li>4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak napas saat aktivitas)</li> <li>5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan</li> </ol>	
---	--

Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas (D.0056)	
Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>4. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3. Anjurkan menghubungi perawat jika</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan ambulasi</li> <li>2. Dukungan kepatuhan program obat</li> <li>3. Dukungan meditasi</li> <li>4. Dukungan pemeliharaan rumah</li> <li>5. Dukungan perawatan diri</li> <li>6. Dukungan spiritual</li> <li>7. Dukungan tidur</li> <li>8. Edukasi latihan fisik</li> <li>9. Edukasi teknik ambulasi</li> <li>10. Edukasi pengukuran nadi radialis</li> <li>11. Manajemen aritmia</li> <li>12. Manajemen lingkungan</li> <li>13. Manajemen medikasi</li> <li>14. Manajemen mood</li> <li>15. Manajemen nutrisi</li> <li>16. Manajemen nyeri</li> <li>17. Manajemen program Latihan</li> <li>18. Pemantauan tanda vital</li> <li>19. Pemberian obat</li> <li>20. Pemberian obat inhalasi</li> <li>21. Pemberian obat intravena</li> <li>22. Pemberian obat oral</li> <li>23. Penentuan tujuan Bersama</li> <li>24. Promosi berat badan</li> <li>25. Promosi dukungan keluarga</li> <li>26. Promosi latihan fisik</li> </ol>

<p>tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p><b>Terapi Aktivitas (I.05186)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</li> <li>2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang</li> <li>6. Monitor respon emosional, fisik, social dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi focus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</li> <li>2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</li> <li>3. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial</li> <li>4. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>5. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li> <li>6. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</li> <li>7. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</li> <li>8. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</li> <li>9. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</li> <li>10. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</li> <li>11. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</li> <li>12. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasikan otot</li> <li>13. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>27. Rehabilitasi jantung</li> <li>28. Terapi aktivitas</li> <li>29. Terapi bantuan hewan</li> <li>30. Terapi musik</li> <li>31. Terapi oksigen</li> <li>32. Terapi relaksasi otot progresif</li> </ol>
---	---

<p>kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia, jika sesuai</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</li> <li>15. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. <i>vocal group</i>, bola voli, tenis meja, <i>jogging</i>, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)</li> <li>16. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</li> <li>17. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</li> <li>18. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</li> <li>19. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</li> <li>20. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</li> <li>2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</li> <li>4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</li> <li>5. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</li> <li>2. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu</li> </ol>	
---	--

Masalah Keperawatan : Kesiapan Peningkatan Tidur (D.0058)	
Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p><b>Dukungan Tidur (I.05174)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen demensia</li> <li>2. Manajemen energi</li> <li>3. Manajemen lingkungan</li> <li>4. Manajemen medikasi</li> <li>5. Pengaturan posisi</li> <li>6. Promosi kesadaran diri</li> <li>7. Promosi koping</li> </ol>

<p>mengganggu tidur (mis kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air waktu tidur)</p> <p>4. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi Lingkungan (misalnya pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur )</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin Sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur – terjaga.</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</li> <li>5. Anjurkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</li> <li>6. Intervensi inovasi yang disusun yaitu : pemberian Eye Mask dan Earplug</li> </ol> <p><b>Edukasi Aktivitas atau Istirahat (I.12362)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</li> <li>3. Jadwal pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara rutin</li> <li>2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok aktivitas bermain atau aktivitas lainnya</li> <li>3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat</li> <li>4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Promosi latihan fisik</li> <li>9. Reduksi ansietas</li> <li>10. Teknik imajinasi terbimbing</li> <li>11. Terapi akupunktur</li> <li>12. Terapi murattal</li> <li>13. Terapi musik</li> <li>14. Terapi pemijatan</li> <li>15. Terapi relaksasi otot progresif</li> </ol>
--	---

sesak napas saat aktivitas)	
5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan	

Sumber : (SIKI, 2018)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan tindakan keperawatan oleh perawat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi yaitu melaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknika, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan (Budiono & Pertami, 2017).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Fase akhir dari proses keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan (Budiono & Pertami, 2017).

Tabel 2.3

#### Evaluasi Keperawatan

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	
<b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b>	<b>Kriteria hasil :</b>
Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Kecemasan saat bergerak menurun</li> <li>5. Sendi kaku menurun</li> <li>6. Fisik lemah menurun</li> </ol>

Masalah Keperawatan : Gangguan pola tidur (D.0055)	
<b>Pola Tidur (L.05045)</b>  Definisi : Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur	<b>Kriteria hasil :</b>  1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun

Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas (D.0056)	
<b>Toleransi Aktivitas (L.05047)</b>  Definisi : Respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga	<b>Kriteria hasil :</b>  1. Frekuensi nadi menurun 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3. Perasaan lemah menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Frekuensi napas membaik

Masalah Keperawatan : Kesiapan Peningkatan Tidur (D.0058)	
<b>Pola Tidur (L.05045)</b>  Definisi : Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur	<b>Kriteria hasil :</b>  1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun

Sumber : (SLKI, 2018)

### C. Tinjauan Konsep Penyakit

#### 1. Definisi Apendisitis

Apendisitis adalah suatu keadaan dimana terjadinya peradangan pada apendiks vermiformis, dalam kehidupan bermasyarakat biasa dikenal dengan istilah usus buntu. Apendiks memiliki panjang 6 sampai 9 cm, ujung dasarnya melekat pada sektum dan memiliki beberapa posisi yang kemungkinan berada di retrosekal, pelvis, antesekal, preileal, retroileal, atau perikolik kanan. Apendiks adalah organ yang berbentuk tabung yang berpangkal di sekum, memiliki lumen yang sempit dibagian proksimal dan melebar dibagian distal, penyakit apendisitis ini dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari satu tahun sangat jarang

dilaporkan, insiden tertinggi pada kelompok umur 20 sampai 30 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh pola makan yang kurang baik pada usia tersebut. Seperti yang kita ketahui pada usia 20 sampai 30 tahun bisa dikategorikan sebagai usia produktif, dimana orang yang berada pada usia tersebut melakukan banyak sekali kegiatan dan kurang memperhatikan pola hidup dan pola makan yang sehat. Infeksi pada apendiks terjadi karena tersumbatnya lumen oleh fekalit (batu feses), hiperplasi jaringan limfoid, dan cacing usus (Handaya, 2017).

Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks yang berbahaya dan jika tidak ditangani dengan segera akan terjadi infeksi berat yang bisa menyebabkan pecahnya lumen usus (Mizar Erianto, 2020). Apendisitis suatu proses obstruksi (Hiperplasi limpo nodi submukosa, fekalit, benda asing, tumor), kemudian diikuti proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari apendiks verniformis (Nugroho, 2015)

## 2. Etiologi Apendisitis

Apendisitis pada umumnya disebabkan karena obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, tumor apendiks, striktur, benda asing dalam tubuh, dan cacing askaris. Penelitian epidemiologi menunjukkan peranan kebiasaan mengkonsumsi makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya penyakit apendisitis (Handaya, 2017) .

Apendisitis akut dapat disebabkan oleh beberapa faktor pencetus diantaranya hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris yang menyumbat, ulserasi mukosa merupakan tahap awal dari kebanyakan penyakit ini (Haryono, 2012).

## 3. Klasifikasi Apendisitis

Menurut (Mardalena, 2017) ada 2, yaitu :

### a. Apendisitis akut

Peradangan pada apendiks dengan gejala khas yang memberi tanda setempat. Gejala apendisitis akut antara lain nyeri samar dan tumpul merupakan nyeri visceral didaerah epigastrium disekitar umbilikus.

Keluhan ini disertai rasa mual muntah dan penurunan nafsu makan. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik Mc Burney (yang terletak pada sepertiga umbilikus ke fossa iliaka kanan). Pada titik ini, nyeri yang dirasakan menjadi lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat .

b. Apendisitis kronis

Diagnosis apendisitis kronis baru dapat ditegakkan jika terdapat tiga hal yaitu :

- 1) Pasien memiliki riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen selama paling sedikit tiga minggu pada alternatif diagnosa lain
- 2) Setelah dilakukan apendiktomi, gejala yang dialami pasien akan hilang
- 3) Secara histopatologik gejala dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif atau fibrosis pada apendiks.

4. Manifestasi Klinis

Beberapa manifestasi klinis menurut (Handaya, 2017) yang sering muncul pada apendisitis antara lain sebagai berikut :

1. Nyeri samar (nyeri tumpul) didaerah epigastrium disekitar umbilikus atau periumbilikus. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri beralih ke kuadran kanan bawah ke titik Mc Burney (yang terletak pada sepertiga umbilikus ke fossa iliaka kanan) nyeri terasa lebih tajam.
2. Bisa disertai nyeri seluruh perut apabila sudah terjadi peritonitis karena kebocoran apendiks dan meluasnya pernanahan dalam rongga abdomen
3. Mual
4. Muntah
5. Nafsu makan menurun
6. Konstipasi
7. Demam

5. Patofisiologi Apendisitis

Apendisitis terjadi karena disebabkan oleh adanya obstruksi pada lamina apendikeal oleh apendikolit, tumor apendiks, hiperplasia folikel limfoid submukosa, fekalit (material garam kalsium, debris fekal), atau

parasit *E-Histolytica*. Selain itu apendisitis juga bisa disebabkan oleh kebiasaan makan makanan yang rendah serat yang dapat menimbulkan konstipasi. Kondisi obstruktif akan meningkatkan tekanan intraluminal dan peningkatan perkembangan bakteri. Hal ini akan mengakibatkan peningkatan kongesti dan penurunan perfusi pada dinding apendiks yang berlanjut pada nekrosis dan inflamasi apendiks. Pada fase ini penderita mengalami nyeri pada area periumbilikal. Dengan berlanjutnya pada proses inflamasi, akan terjadi pembentukan eksudat pada permukaan serosa apendiks. Ketika eksudat ini berhubungan dengan perietal peritoneum, maka intensitas nyeri yang khas akan terjadi (Arif Muttaqin, 2011).

#### 6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Putri, 2013), yaitu :

Pemeriksaan penunjang pascaoperasi apendiktomi , yaitu :

##### a. Laboratorium

Pada pemeriksaan ini leukosit meningkat rentang 10.000 hingga 18.000/mm<sup>3</sup>, kemudian neutrofil meningkat 75%, dan WBC meningkat sampai 20.000 mungkin indikasi terjadinya perforasi (jumlah sel darah merah).

##### b. Data Pemeriksaan Diagnostik

Radiologi yaitu pada pemeriksaan ini foto colon menunjukkan adanya batu feses pada katup. Kemudian, pada pemeriksaa barium enema menunjukkan apendiks terisi barium sebagian.

#### 7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Putri, 2013) yang dilakukan sebaiknya konservatif dengan pemberian antibiotik dan istirahat ditempat tidur. Adapun penatalaksanaa ataupun tindakan yang dilakukan pada pasien dengan masalah apendisitis sebagai berikut :

##### a. Sebelum tindakan operasi

###### 1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis seringkali belum jelas dalam keadaan observasi ketat

perlu dilakukan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuaskan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis ataupun perioritis lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah leukosit dan hitung jelas diulang secara periodik, foto abdomen dan thoraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain, pada kebanyakan kasus diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri didaerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan .

## 2) Antibiotik

Apendisitis tanpa komplikasi biasanya tidak perlu diberikan antibiotik, kecuali apendisitis ganggrenosa atau apendisitis perforasi. Penundaan tindak bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi .

## b. Operasi

Apendektomi merupakan suatu intervensi bedah yang mempunyai tujuan bedah ablative atau melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit .

- 1) Apendiks dibuang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci garam fisiologi dan antibiotik.
- 2) Abses apendiks diobati dengan antibiotik IV, masanya mungkin mengecil, atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari. Apendektomi dilakukan bila abses dilakukan operasi efektif sesudah 6 minggu sampai 3 bulan.

## c. Post operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, hipertermia, syok atau gangguan pernafasan. Baringkan klien dalam posisi semi fowler. Klien dikatakan baik apabila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu klien dipuaskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari setelah dilakukan operasi klien dianjurkan duduk tegak di tempat tidur selama 2x30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk diluar kamar. Hari ke tujuh dapat diangkat dan dibolehkan pulang.

## 8. Komplikasi

### a. Perforasi

Insiden perforasi 10-32%, rata-rata 20% paling sering terjadi pada usia muda sekali atau terlalu tua, perforasi timbul 93% pada anak-anak dibawah umur 2 tahun, antara 40-75%, kasus usia diatas 60 tahun ke atas. Perforasi jarang timbul dalam 12 jam pertama sejak awal sakit. Perforasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu  $9,5^{\circ}\text{C}$  tampak toksin, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositis meningkat akibat perforasi dan pembentukan (Kowalski, 2014).

### b. Peritonitis

Adalah tromboflebitis septik pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi  $39^{\circ}\text{C}$ - $40^{\circ}\text{C}$  menggigil dan ikterus merupakan penyakit yang relatif jarang.

- 1) Tromboflebitis supuratif dari sistem portal, jarang terjadi tetapi merupakan komplikasi yang letal.
- 2) Abses subfrenikus dan fokal sepsis intra abdominal lain. Obstruksi intestinal juga dapat terjadi akibat perlengketan.

### c. Hemoragi

Menurut (Kowalski, 2014) selama atau setelah pembedahan dapat memicu syok sehingga memerlukan transfusi darah atau pengganti cairan lain. Tindakan yang cepat dan tepat diperlukan dalam peristiwa hemoragi (pendarahan) karena pendarahan yang berlebihan dapat berakibat fatal .

### d. Hipotensi

Menurut (Kowalski, 2014) Tekanan darah mungkin rendah setelah pembedahan. Hal ini disebabkan oleh kehilangan darah tetapi juga dapat terjadi akibat menunda pemberian makanan, minuman, dan obat sebelum pembedahan.

### e. Hipertensi pascaoperasi

Menurut (Kowalski, 2014) Klien dapat juga memperhatikan tekanan darah tinggi setelah pembedahan. Ini mungkin akibat dari

menunda obat anti hipertensi yang biasa diminum klien sebelum pembedahan atau disebabkan oleh trauma akibat pembedahan.

f. Hipoksia dan Hipoksemia

Menurut (Kowalski, 2014) Anestetik dan obat praoperasi terkadang menekan pernapasan (hipoventilasi) dan mengganggu oksigenasi darah (hipoksemia).

g. Hipotermia

Menurut (Kowalski, 2014) Klien yang sering kali mengeluhkan perasaan dingin setelah pembedahan. Ini umumnya dihubungkan dengan anestesia. Namun, menggigil berat dapat menyebabkan hipoksemia, hipoksia, dan stress jantung.

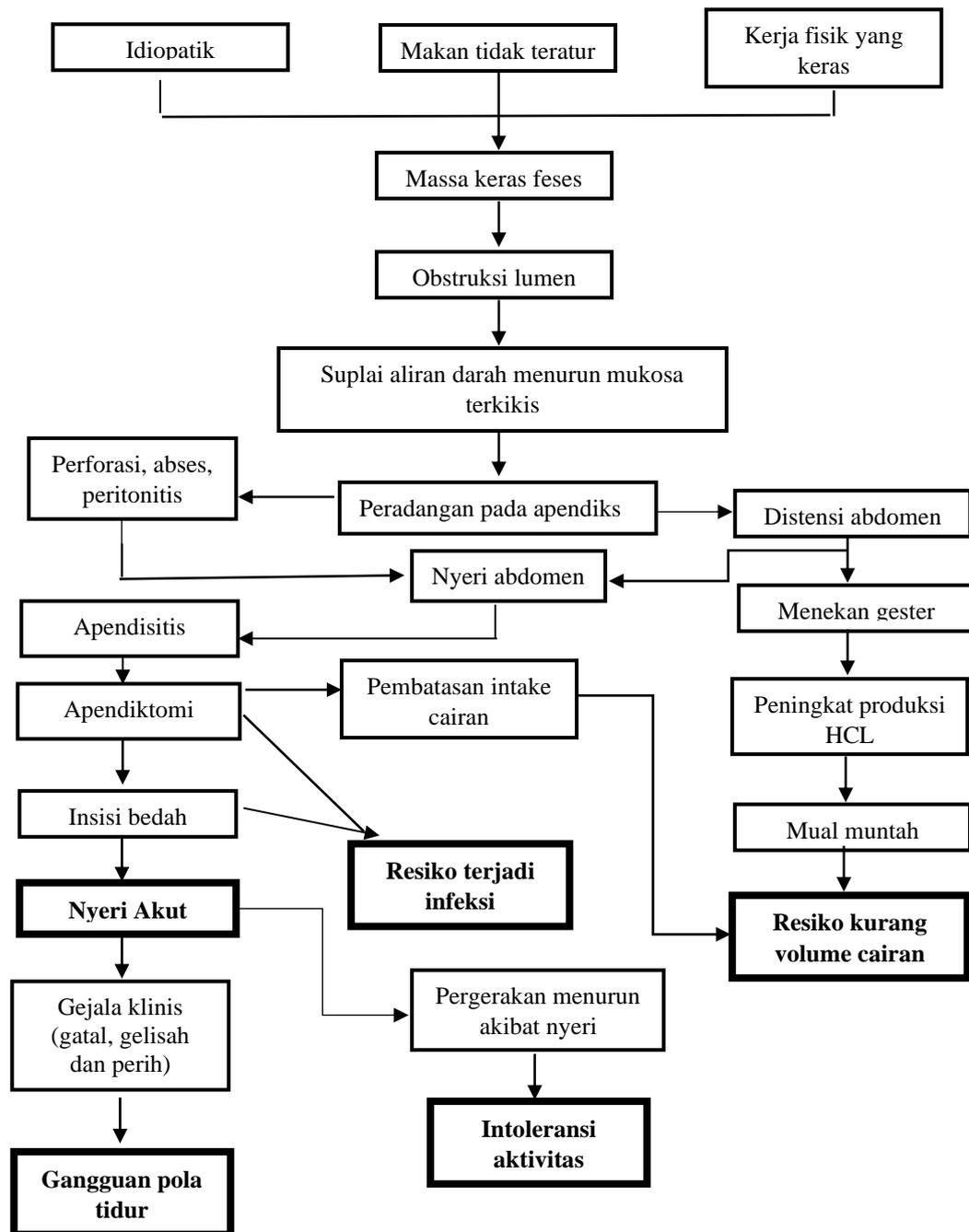
h. Komplikasi Neurologis

Menurut (Kowalski, 2014) Komplikasi neurologis mencakup keterlambatan terjaga (tidak sadar dalam 60-90 menit), yang disebabkan oleh hipoksia, hipotermia, atau ketidakseimbangan elektrolit.

i. Ketidaknyamanan pasca operasi

Menurut (Kowalski, 2014) Pada saat klien kembali dari PACU ke area penerimaan rawat jalan atau ke unit keperawatan, klien biasanya terjaga dan menyadari sejumlah ketidaknyamanan seperti nyeri, haus, atau distensi abdomen.

## 9. Pathway Apendisitis



Sumber : (Nugroho, 2015)