

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN KONSEP KEBUTUHAN DASAR AKTIVITAS

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Hierarki kebutuhan Maslow merupakan teori interdisiplin yang berguna untuk membuat prioritas asuhan keperawatan. Hierarki kebutuhan dasar manusia termasuk lima tingkat prioritas. (Hidayat, 2012)

- a. Dasar paling bawah atau tingkat pertama, termasuk kebutuhan fisiologis, seperti udara, air, dan makanan aktivitas dan istirahat.
- b. Tingkat kedua yaitu kebutuhan keamanan dan perlindungan, termasuk juga keamanan fisik dan psikologis.
- c. Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan memiliki, termasuk di dalamnya hubungan pertemanan, hubungan sosial, dan hubungan cinta.
- d. Tingkat keempat yaitu kebutuhan akan penghargaan dan penghargaan diri, termasuk juga kepercayaan diri, pendayagunaan, penghargaan, dan nilai diri,
- e. Tingkat terakhir merupakan kebutuhan untuk aktualisasi diri, keadaan pencapaian potensi dan mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan beradaptasi dengan kehidupan.

Hierarki Maslow berguna dalam menempatkan prioritas klien. Kebutuhan dasar fisiologis dan keamanan biasanya merupakan prioritas pertama, terutama pada klien dengan ketergantungan fisik berat. Akan tetapi, Anda akan menghadapi situasi di mana klien tidak memiliki kebutuhan keamanan dan kedaruratan fisik. Selain itu, Anda akan memberikan prioritas tertinggi pada kebutuhan fisiologi, sosiokultur, perkembangan, atau spiritual klien. (Perry and Potter, 2009)

2. Konsep Dasar Aktivitas Dan Istirahat

Menurut KBBI Kamus Besar Bahasa Indonesia, aktivitas adalah kegiatan atau keaktifan titik Jadi, segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun nonfisik merupakan suatu aktivitas.

Aktivitas adalah kemampuan untuk bergerak dengan bebas, mudah, berirama dan terarah di lingkungan adalah bagian yang sangat penting dalam kehidupan. Individu harus beraktivitas dan bergerak untuk melindungi diri dari trauma dan untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka (Kozier, 2010)

Istirahat bermakna ketenangan, relaksasi tanpa stress emosional dan bebas dari ansietas. Oleh karena itu, istirahat tidak selalu bermakna tidak beraktivitas. Pada kenyataannya, beberapa orang menemukan ketenangan dari beberapa aktivitas tertentu seperti jalan jalan di udara segar. (Kozier, 2010)

B. TINJAUAN ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan. (Kozier, 2011).

a) Anamnesa

1) Identitas Klien

Pengkajian identitas klien meliputi nama, alamat, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, pembiayaan layanan kesehatan dan sumber perawatan medis yang biasa. (Kozier, 2011).

2) Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan gejala penyakit yang dirasakan pada saat masuk rumah sakit atau saat dilakukan pengkajian. (Kozier, 2011).

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang kronologis keluhan

utama meliputi kapan gejala muncul, apakah awitan gejala mendadak atau bertahap, berapakah masalah terjadi, lokasi gangguan yang pasti, karakteristik keluhan, aktivitas yang klien lakukan ketika masalah terjadi, fenomena atau gejala yang berhubungan dengan keluhan utama, faktor yang meningkatkan atau mengurangi masalah. (Kozier, 2011).

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah pernah menderita gangguan kebutuhan aktivitas istirahat sebelumnya. (Kozier, 2011).

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah memastikan faktor resiko penyakit tertentu, usia saudara kandung, orang tua dan kakek-nenek serta status kesehatan mereka saat ini atau jika mereka telah meninggal, penyebab kematian mereka jika perlu dikaji. (Kozier, 2011).

6) Data psikososial

Aspek psikologis yang perlu dikaji diantaranya adalah bagaimana respons psikologis klien terhadap masalah gangguan aktivitas yang dialaminya, mekanisme koping yang digunakan klien dalam menghadapi gangguan aktivitas. (Kozier, 2011).

7) Gaya hidup

Pengkajian pada aspek gaya hidup ini meliputi kebiasaan personal, diet, pola tidur/istirahat, aktivitas kehidupan sehari-hari, rekreasi/hobi. (Kozier, 2011).

8) Data sosial

Pengkajian pada data sosial ini meliputi hubungan keluarga/persahabatan, persatuan etnik, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, status ekonomi, kondisi rumah dan lingkungan. (Kozier, 2011).

9) Data psikologik

Pengkajian pada data psikologik ini meliputi stressor utama, pola koping yang biasa terhadap masalah serius atau stress tingkat tinggi, gaya komunikasi. (Kozier, 2011).

10) Pola perawatan kesehatan

Hal yang perlu dikaji pada aspek ini adalah semua sumber perawatan kesehatan yang digunakan saat ini dan dimasa lalu. (Kozier, 2011).

Menurut Kozier (2010), pengkajian mengenai aktivitas dan latihan klien terdiri atas riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik pada kesejajaran tubuh, gaya berjalan, penampakan dan pergerakan sendi, kemampuan dan keterbatasan pergerakan, massa dan kekuatan otot, toleransi aktivitas, dan masalah yang terkait dengan imobilitas. Riwayat aktivitas dan latihan terdiri atas tingkat aktivitas sehari-hari, toleransi aktivitas, tipe dan frekuensi latihan dan faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi.

b) Riwayat Keperawatan

Riwayat aktivitas dan latihan biasanya adalah bagian dari format riwayat keperawatan yang komprehensif dan meliputi tingkat aktivitas sehari-hari, toleransi aktivitas, tipe dan frekuensi latihan, faktor-faktor yang memengaruhi mobilitas, dan efek imobilitas. Apabila klien baru-baru ini menunjukkan perubahan pola atau kesulitan mobilitas, dibutuhkan riwayat yang lebih terinci. Riwayat yang terinci ini harus mencakup sifat khusus masalah, kapan pertama kali terjadi dan berapa kali frekuensinya, apa penyebabnya jika diketahui, bagaimana masalah memengaruhi kehidupan sehari-hari, apa yang dilakukan klien untuk mengatasi masalah, dan apakah metode ini efektif. Contoh pertanyaan wawancara untuk mendapatkan data ini ditunjukkan dalam Wawancara Pengkajian penyerta. (Kozier, 2010)

c) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara head to toe. Pemeriksaan dapat dilakukan melalui empat teknik, yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA). (Kozier, 2010)

- 1) Inspeksi merupakan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis. Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran dan penciuman sebagai alat untuk mengumpulkan data. Fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna kulit, bentuk tubuh, serta posisi dan kesimmetrisan tubuh. Pada proses inspeksi perawat harus mampu membandingkan bagian tubuh normal dan tubuh abnormal.

Pada pemeriksaan fisik aktivitas :

- a) Kaji kesejajaran tubuh apakah bahu dan panggul sejajar, tulang belakang lurus, tidak melengkung ke sisi lain
- b) Kaji gaya berjalan apakah kepala tegak, pandangan lurus ke depan. Tumit memijak tanah sebelum jari kaki. Kaki dalam posisi dorsifleksi dalam fase mengayun.
- c) Penampakan dan pergerakan sendi apakah ada pembengkakan atau kemerahan sendi, yang dapat 'menunjukkan keberadaan cedera atau inflamasi.
- d) Apakah ada deformitas, seperti pembesaran atau kontraktur tulang, dan simetrisitas tulang yang terkena
- e) Pada pemeriksaan istirahat: Pemeriksaan klien mencakup pemantauan penampakan wajah, perilaku, dan tingkat energi klien. Area kehitaman di sekitar mata, kelopak mata yang membengkak, konjungtiva yang memerah, mata berkaca-kaca atau tampak mengilap, dan ekspresi wajah datar adalah tanda-tanda kurang tidur. Perilaku seperti mudah marah, gelisah, tidak perhatian, berbicara lambat, postur tubuh tidak tegap, tremor tangan, menguap, menggosok mata, menarik diri,

kebingungan, dan tidak terkoordinasi juga merupakan petunjuk adanya masalah tidur. (Kozier, 2010)

- 2) Palpasi merupakan teknik pemeriksaan indera peraba. Tangan dan jari-jari adalah instrument yang sensitive dan dapat digunakan untuk mengumpulkan data tentang suhu, turgor, bentuk, kelembapan, vibrasi dan ukuran
 - a) Pada pemeriksaan aktivitas kaji apakah ada nyeri tekan yang dilaporkan atau yang dipalpasi. Krepitasi (teraba atau terdengar sensasi krek atau gesekan yang dihasilkan oleh pergerakan sendi).
 - b) Peningkatan suhu pada sendi. (Kozier, 2010)
- 3) Perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan mengetuk-ngetuk jari perawat (sebagai alat untuk menghasilkan suara) kebagian tubuh klien yang akan dikaji untuk membandingkan bagian yang kiri dengan yang kanan. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan.
- 4) Auskultasi merupakan teknik pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2016). Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang penulis ambil yaitu klien dengan gangguan kebutuhan Aktivitas dan istirahat. Dalam Standar Diagnosis Keperawatan

Indonesia gangguan kebutuhan Aktivitas dan istirahat termasuk kedalam kategori fisiologis.

Adapun masalah keperawatan yang muncul pada subkategori Aktivitas dan Istirahat dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, yaitu:

- a. Gangguan mobilitas fisik
Yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.
- b. Gangguan pola tidur
Yaitu gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal
- c. Intoleransi aktivitas
Yaitu ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari
- d. Keletihan
Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.
- e. Kesiapan peningkatan tidur
Yaitu penurunan kesadaran alamiah dan periodik yang memungkinkan istirahat adekuat, mempertahankan gaya hidup yang diinginkan dan dapat ditingkatkan.
- f. Risiko intoleransi aktivitas
Yaitu beresiko mengalami ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

3. Intervensi

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

Keperawatan Indonesia) digunakan penulis untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan.

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

Tabel 1.
Intervensi keperawatan gangguan kebutuhan aktivitas istirahat

Diagnosa Keperawatan	Rencana keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan mobilitas fisik Penyebab:	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan KH: 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun	Intervensi utama : 1. Dukungan Ambulasi 2. Dukungan Mobilisasi

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan pola tidur Penyebab : 1. Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. <i>Restraint</i> fisik 5. Ketiadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan tempat tidur	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan gangguan pola tidur meningkat dengan KH: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Intervensi utama 1. Dukungan Tidur 2. Edukasi Aktivitas/Istirahat
Intoleransi aktivitas Penyebab : 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan KH: 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Keluhan lelah menurun 3) Dispnea saat aktivitas menurun 4) Dispnea setelah aktivitas menurun	Intervensi utama: 1. Manajemen energi 2. Terapi aktivitas
Keletihan Penyebab: 1. Gangguan tidur 2. Gaya hidup monoton 3.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Keletihan menurun dengan KH:	Intervensi utama 1. Edukasi Aktivitas/Istirahat 2. Manajemen Energi

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
4. Kondisi fisiologis (mis. Penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan) 5. Program perawatan/pengobatan jangka panjang 6. Peristiwa hidup negative 7. Stress berlebihan 8. Depresi	1. Verbalisasi pemulihan energy meningkat 2. Tenaga meningkat 3. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 4. Verbalisasi lelah menurun 5. Lesu menurun	
Kesiapan peningkatan tidur Penyebab: -	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan kesiapan peningkatan tidur membaik dengan KH: 1. keluhan sulit tidur menurun 2. keluhan sering terjaga menurun 3. keluhan tidak puas tidur menurun 4. keluhan pola tidur berubah menurun 5. keluhan istirahat tidak cukup menurun	Intervensi utama 1. Dukungan Tidur 2. Edukasi Aktivitas
Risiko intoleransi aktivitas Faktor risiko: 1. Gangguan sirkulasi 2. Ketidakbugaran status fisik	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan risiko intoleransi aktivitas menurun dengan KH:	Intervensi utama 1. Manajemen Energi 2. Promosi latihan fisik

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
3. Riwayat intoleransi aktivitas sebelumnya 4. Tidak berpengalaman dengan suatu aktivitas 5. Gangguan pernapasan	1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Dispnea saat aktivitas menurun 4. Dispnea setelah aktivitas menurun	

4. Implementasi

Menurut Kozier, (2011) Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan).

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur, Standar Operasional Prosedur Terlampir .

5. Evaluasi

Menurut Kozier, (2011) evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan profesional kesehatan menentukan:

- Kemajuan klien dalam mencapai tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan.
- Keefektifan rencana asuhan keperawatan.

Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan atau diubah.

C. TINJAUAN KONSEP PENYAKIT

Pada penulisan laporan tugas akhir ini penulis fokus pada asuhan keperawatan gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat. Kondisi klinis terkait yang muncul pada masalah keperawatan gangguan kebutuhan dan aktivitas menurut SDKI, 2016 adalah :

1. Stroke
2. Cedera medulla spinalis
3. Trauma
4. Fraktur
5. Osteoporosis
6. Nyeri/kolik
7. Kondisi pasca operasi
8. Kanker
9. Sleep apnea
10. Anemia
11. Gagal jantung kongestif
12. Penyakit jantung koroner
13. Penyakit katup jantung
14. Aritmia
15. Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
16. Gangguan metabolik
17. Gangguan muskuloskeletal