

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

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

a. Kebutuhan Fisiologis (*physiologie needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow. Seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lainnya. Adapun macam-macam kebutuhan dasar fisiologis menurut hierarki Maslow adalah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urin dan alvi, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktifitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh, dan kebutuhan seksual (Mubarak, 2015).

b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologi. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi. Bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing (Mubarak, 2015).

c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*)

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial (Mubarak, 2015).

d. Kebutuhan harga diri (*self esteem needs*)

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain. Kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain (Mubarak, 2015).

e. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualization*)

Kebutuhan aktualisasi merupakan kebutuhan tinggi dalam piramida hierarki Maslow yang meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan yang tinggi, dan sebagainya (Mubarak, 2015).

Konsep Hierarki Maslow ini menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah menurut kebutuhannya. Jika seseorang merasa kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan ini terganggu maka akan timbul kondisi patologis. Konsep kebutuhan dasar Maslow akan diperoleh persepsi yang sama bahwa untuk beralih ke kebutuhan yang lebih tinggi, kebutuhan dasar yang ada dibawahnya harus terpenuhi terlebih dahulu (Stevens P.J.M, dkk dalam Mubarak, 2015).

2. Konsep Dasar Istirahat Tidur

a. Definisi istirahat tidur

Istirahat dan tidur memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Secara umum, istirahat berarti suatu keadaan tenang, santai, tanpa tekanan emosional dan bebas dari perasaan gelisah (tidak melakukan aktifitas sama sekali). Sedangkan tidur merupakan suatu keadaan tidak sadarkan diri dimana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun/hilang dan dapat dibangunkan kembali dengan indra atau rangsangan yang cukup (Guiton, dalam buku Haswita, 2017).

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak yang harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup,

tubuh baru dapat berfungsi secara optimal. Secara umum istirahat berarti suatu keadaan tenang, rileks, tanpa tekanan emosional dan beban dari perasaan gelisah. Jadi, beristirahat bukan berarti tidak melakukan aktifitas sama sekali, sedangkan tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Tabel 2.1 Pola Tidur Normal Berdasarkan Usia

Usia	Tingkat Perkembangan	Jumlah Kebutuhan Tidur	Tahapan Tidur
0-3 Bulan	Neonatus	14-18 Jam/Hari	REM 50%
1-18 Bulan	Bayi	12-14 Jam/Hari	REM 20-30%
18 Bulan – 3 Tahun	Anak	11-12 Jam/Hari	REM 25%
3 Tahun - 6 Tahun	Prasekolah	11 Jam/Hari	REM 20%
6 Tahun – 12 Tahun	Sekolah	10 Jam/Hari	REM 18,5%
12 Tahun – 18 Tahun	Remaja	8,5 Jam/Hari	REM 20%
18 Tahun – 40 Tahun	Dewasa Muda	7-8 Jam/Hari	REM 20-25%
40 Tahun – 60 Tahun	Dewasa Pertengahan	7 Jam/Hari	REM 20%
60 Tahun keatas	Usia Tua	6 Jam/Hari	REM 20-25% NREM IV Menurun Keadaan Abses

Sumber : Haswita, dkk, 2017

b. Fisiologi tidur

Skala tidur terjadi secara alami dan dikontrol oleh pusat tidur yaitu medulla, tepat di RAS (*Reticular Activating System*) BSR (*Bulbar Synchronizing Region*), RAS terdiri dari neuron-neuron di medulla oblongata, pons, dan midbrain. Pusat ini terlibat dalam mempertahankan status bangun dan mempermudah beberapa tahap tidur. Perubahan-perubahan tahap fisiologi dalam tubuh terjadi selama tidur.

Ada dua teori tentang tidur yaitu : pasif dan aktif. Pasif : RAS diotak mengalami kelelahan sehingga menyebabkan tidak aktif. Sedangkan aktif: (diterima sekarang) suatu bagian diotak yang menyebabkan tidur terhambat oleh bagian lain.

RAS dan BSR adalah pikiran aktif yang kemudian menekan pusat otak secara bergantian, RAS berhubungan status jaga tubuh dan menerima sensori input (pendengaran, penglihatan, penghidupan, nyeri, dan perabaan). Rangsangan sensory mempertahankan seseorang untuk bangun dan waspada. Selama tidur tubuh menerima sedikit rangsangan dari korteks seberal.

Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua system pada batang otak, yaitu RAS (*Reticular Activating System*) BSR (*Bulbar Synchronizing Region*). Ras di bagian batang otak di yakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran (memberikan stimulus visual, pendengaran, nyeri, sensori raba dan emosi) pada saat sadar, RAS melepaskan katekolamin, sedangkan pada saat tidur terjadi pelepasan serum serotonin dari BSR (Tarworo, Warbonah, 2011)

c. Ritme Sirkadian

Setiap makhluk hidup memiliki bioritme (jam biologis yang berbeda) pada manusia, bioritme ini dikontrol oleh tubuh dan disesuaikan dengan faktor lingkungan (misal, cahaya, kegelapan, gravitasi dan stimulus elektromagnetik). Bentuk bioritme yang paling umum adalah ritme sirkadian yang melingkupi siklus selama 24 jam. Dalam hal ini fluktuasi denyut jantung, tekanan darah, temperature tubuh, sekresi hormon, metabolisme dan penampilan serta persamaan individu bergantung pada ritme sirkadianya (Lilis, Taylor, Lemone dalam buku Aspiani, 2014).

d. Tahapan tidur

Tidur yang normal melibatkan 2 fase yaitu : pergerakan mata yang tidak cepat NREM (*Non Rapid Eye Movement*) dan pergerakan mata yang cepat ERM (*Eye Rapid Movement*). Selama NREM seseorang yang tidur mengalami kemajuan melalui empat tahapan yang memerlukan waktu kira- kira 9 menit selama waktu siklus tidur. Sedangkan tidur tahap REM

merupakan fase pada akhir tiap siklus tidur 90 menit sebelum tidur berakhir. Kondisi dari memori dan pemulihan psikologis terjadi pada waktu ini. Faktor yang berbeda dapat meningkatkan atau mengganggu tahap siklus tidur yang berbeda.

1) Tahapan siklus tidur NREM

Tidur NREM ditandai dengan berkurangnya mimpi, tekanan darah turun, tekanan pernapasan turun, metabolisme turun, dan gerakan mata lambat. Masa NREM ini dibagi menjadi 4 tahapan, masing-masing tahap ditandai dengan pola gelombang otak.

a) Tahap 1 NREM

- (1) Tahap meliputi tingkat paling dangkal dan tidur
- (2) Tahap berlangsung selama 5 menit yang membuat orang beralih
- (3) Pengurangan aktifitas fisiologis dimulai dengan penurunan secara bertahap, tanda-tanda vital dan metabolisme.
- (4) Mudah terbangun dengan ransangan
- (5) Bila terbangun terasa sedang bermimpi

b) Tahap 2 NREM

- (1) Tahap 2 merupakan tidur ringan
- (2) Kemajuan relaksasi otot, tanda vital dan metabolisme menurun
- (3) Berlangsung 10-20 menit
- (4) Gelombang otak ditandai dengan "*sleep spindles*" dan gelombang kompleks
- (5) Fungsi tubuh berlangsung lambat
- (6) Dapat dibangunkan dengan mudah

c) Tahap 3 NREM

- (1) Tahap 3 meliputi tahap awal tidur yang dalam, yang berlangsung selama 15-30 menit.
- (2) Orang yang tidur sulit dibangunkan dan jarang bergerak
- (3) Otot-otot dalam keadaan santai dan penuh dengan tanda vital menurun

- (4) Gelombang otak menjadi lebih teratur dan terdapat penambahan gelombang delta yang lambat

d) Tahap 4 NREM

- (1) Tahapan 4 merupakan tahapan tidur terdalam/nyeyak
- (2) Sangat sulit untuk membangunkan orang yang tidur
- (3) Jika terjadi kurang tidur maka orang yang tidur akan menghabiskan porsi malam yang seimbang pada tahap ini.
- (4) Tanda-tanda vital menurun secara bermakna selama jam terjaga
- (5) Ditandai dengan predominasi gelombang delta yang melambat

2) Tahapan tidur REM

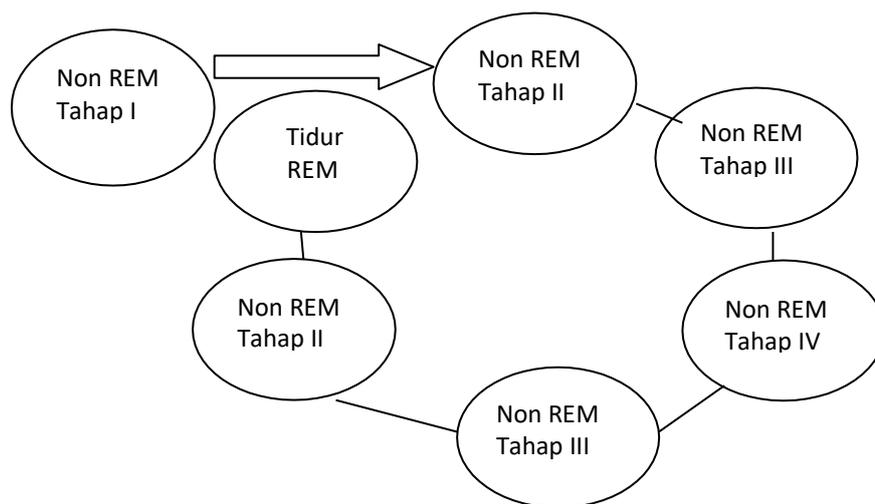
Tidur tipe ini disebut, paradoks sikal. Karena hal ini bersifat paradoks, yaitu seseorang dapat tetap tidur walaupun aktivitas otaknya nyata. Ringkasnya tidur REM merupakan pola atau tipe tidur dimana otak benar-benar dalam keadaan aktif. Tidur ini dapat berlangsung pada tidur malam yang terjadi selama 5-20 menit rata-rata timbul 90 menit. Periode pertama terjadi selama 80-100 menit. Akan tetapi apabila kondisi yang sangat lelah maka awal tidur sangat cepat bahkan jenis tidur ini tidak ada. Cirinya adalah sebagai berikut :

1. Biasanya disertai dengan mimpi aktif
2. Lebih sulit dibangunkan daripada selama tidur nyenyak gelombang lambat
3. Tonus otot selama tidur nyeyak sangat tertekan
4. Frekuensi jantung dan pernapasan menjadi tidak tertidur
5. Pada otot periver terjadi beberapa gerakan otot yang tidak teratur
6. Mata cepat terbuka dan tertutup, nadi cepat dan ireguler, tekanan darah meningkat atau berfluktuasi, sekresi gaster meningkat dan mtabolisme meningkat.

7. Tidur ini penting untuk keseimbangan mental, emosi, juga berperan dalam belajar, memori dan adaptasi (Haswita, dkk, 2017)

3) Siklus tidur

Selama tidur, individu melewati tahap tidur NREM dan NRM siklus tidur yang kompleks normalnya berlangsung dan setiap orang biasanya melalui 4 sampai 5 selama 7-8 jam tertidur. Tahap NREM 1-3 berlangsung selama 30 menit, kemudian diteruskan ke tahap 4 selama kurang lebih 20 menit. Setelah itu individu kembali ketahap 3 dan tahap 2 selama 20 menit. Tahap I NREM berlangsung sesudahnya dan berlangsung selama 10 menit.



Gambar 2.1 Siklus Tidur

(Haswita, dkk, 2017)

4) Fungsi dan tujuan tidur

Fungsi tidur secara jelas tidak diketahui, akan tetapi diyakini bahwa tidur dapat digunakan untuk menjaga keseimbangan mental, emosional, kesehatan, mengurangi stress pada paru, kardiovaskuler, endokrin, dan lain- lain. secara umum terdapat dua efek fisiologis dari tidur, efek dari sistem saraf yang diperkirakan dapat memulihkan

kepekaan normal dan keseimbangan diantara berbagai susunan saraf dan yang kedua yaitu efek pada struktur tubuh dengan memulihkan kesegaran dan fungsi dalam organ tubuh karena selama tidur terjadi penurunan (Haswita, dkk, 2017).

e. Faktor yang mempengaruhi kuantitas dan kualitas tidur

Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas dan kuantitas tidur diantaranya adalah penyakit lingkungan kelelahan, gaya hidup, stress, emosional, stimulan dan alkohol, diet, merokok, meditasi dan motivasi.

- 1) Penyakit. Penyakit dapat menyebabkan nyeri atau distress fisik yang dapat menyebabkan gangguan tidur. Individu yang sakit membutuhkan waktu tidur yang lebih banyak daripada yang biasanya.
- 2) Lingkungan. Faktor lingkungan dapat menghambat proses tidur. Tidak adanya stimulus tertentu atau adanya stimulus yang asing dapat menghambat upaya tidur, akan tetapi, seiring waktu individu dapat beradaptasi dan tidak lagi berpengaruh dengan kondisi tersebut.
- 3) Kelelahan. Kondisi tubuh yang lelah dapat mempengaruhi pola tidur seseorang. Semakin lelah seseorang semakin pendek siklus tidur REM yang dilaluinya, setelah beristirahat siklus REM akan 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 seringkali mengganggu tidur seseorang. Kondisi ansietas dapat meningkatkan kadar Noripinefrin darah melalui stimulasi sistem saraf simpatis.
- 6) Stimulan dan Alkohol. Kafein yang terkandung dalam berbagai minuman dapat merangsang SSP sehingga dapat mengganggu pola tidur. Sedangkan mengkonsumsi alkohol yang berlebihan dapat mengganggu siklus tidur REM.
- 7) Diet. Penurunan berat badan dikaitkan dengan penurunan waktu tidur dan seringnya terjaga di waktu malam hari.

- 8) Merokok. Nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki efek stimulasi pada tubuh akibatnya, perokok seringkali untuk tidur dan mudah terbangun di malam hari.
- 9) Medikasi. Obat-obatan tertentu dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang.
- 10) Motivasi. Motivasi dapat mendorong seseorang untuk tidur sehingga mempengaruhi proses tidur, misalnya seseorang ingin tidur lebih cepat agar esok harinya tidak terlambat ke bandara.
- 11) Stimulan dan Obat-obatan. Contoh stimulan yang paling umum ditemukan adalah kafein dan nikotin. Kafein dapat merangsang sistem saraf pusat sehingga menyebabkan kesulitan untuk tidur. Kafein dapat ditemukan dalam beberapa minuman seperti kopi dan teh. Golongan narkotik (misalnya meperidin, hidroklorida, dan morfin) dapat menekan REM sehingga menyebabkan sering terjaga pada malam hari (Haswita, dkk, 2017).

f. Gangguan tidur yang umum sering terjadi

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 gangguan mental. Seperti perasaan gundah atau gelisah.

Beberapa langkah yang bisa dilakukan untuk mengatasi insomnia antara lain dengan mengembangkan pola tidur istirahat yang efektif melalui olahraga rutin, menghindari rangsangan tidur di sore hari, melakukan relaksasi sebelum tidur (membaca, mendengarkan musik) dan tidur jika benar-benar mengantuk.

2) Parasomnia

Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Gejala ini umum terjadi pada anak-anak.

3) Hipersomnia

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur yang berlebihan pada siang hari. Gangguan ini dapat disebabkan oleh gangguan medis tertentu, seperti kerusakan sistem saraf, gangguan pada hati dan ginjal atau gangguan metabolisme.

4) Narkolepsi

Narkolepsi adalah gangguan kantuk yang tertahankan yang muncul secara tiba-tiba pada siang hari. Gangguan ini disebut juga sebagai serangan tidur. Penyebab pastinya belum diketahui. Diduga karena kerusakan genetik sistem saraf pusat yang menyebabkan tidak terkendalinya tidur REM.

5) Apnea saat tidur

Apnea saat tidur adalah kondisi terhentinya napas secara periodik pada saat tidur. Kondisi ini terjadi pada orang mengorok dengan keras, sering terjaga di malam hari, insomnia, mengantuk berlebihan pada siang hari, sakit kepala dipagi hari, iritabilitas, atau mengalami perubahan psikologis seperti hipertensi atau aritma Jantung.

6) Somnambulisme

Somnambulisme merupakan keadaan tengah tertidur tetapi melakukan kegiatan orang yang tidak tidur. Penderita sering kali duduk dan melakukan tindakan motorik misalnya berjalan, dll.

7) Enuresa

Enuresa atau ngompol merupakan kegiatan buang air yang tidak disengaja pada saat tidur. Enuresa dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu, enuresa nokturnal dan biurnal (Vaughans, 2011).

3. Konsep Dasar Gangguan Pola Tidur

a. Definisi Gangguan Pola Tidur

Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal NANDA (klasifikasi 2015-2017).

b. Batasan Karakteristik

Menurut NANDA (klasifikasi 2015-2017) batasan karakteristik yang khas pada klien dengan gangguan pola tidur adalah :

- 1) Perubahan pola tidur normal
- 2) penurunan kemampuan berfungsi
- 3) ketidak puasan tidur
- 4) menyatakan sering terjaga
- 5) menyatakan mengalami kesulitan tidur
- 6) menyatakan tidak merasa cukup istirahat

Menurut standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI, 2016), batasan karakteristik meliputi, gejala mayor dan gejala minor yaitu :

- 1) gejala dan tanda mayor
 - a) mengeluh sulit tidur
 - b) mengeluh sering terjaga
 - c) mengeluh tidak puas tidur
 - d) mengeluh pola tidur berubah
 - e) mengeluh istirahat tidak cukup
- 2) Gejala dan tanda minor
 - a) mengeluh kemampuan beraktifitas menurun

c. Faktor yang berhubungan menurut Ardhiyan Setyawan, (2016), dan SDKI (2016)

- 1) kelembaban lingkungan sekitar
- 2) suhu lingkungan sekitar
- 3) nyeri
- 4) depresi, takut
- 5) kerusakan eliminasi
- 6) tanggung jawab memberi asuhan
- 7) perubahan perjalanan terhadap cahaya gelap
- 8) kurang kontrol tidur
- 9) kurang privasi, pencahayaan
- 10) Bising, bau gas

- 11) Restrain Fisik
- 12) Tidak familiar dengan prabotan tidur

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Ier et.all dalam buku Rohmah, 2016) tahap-tahap pengkajiannya antara lain :

a. Riwayat Keperawatan

- 1) Kebiasaan pola tidur bangun, apakah ada perubahan pada: waktu tidur, jumlah jam tidur, kualitas tidur, apakah mengalami kesulitan tidur, sering bangun pada saat tidur, apakah maengalami mimpi yang mengancam.
- 2) Dampak pola tidur terhadap fungsi sehari-hari: apakah merasa segar saat bangun,apa yang terjadi jika kurang tidur.
- 3) Adakah alat bantu tidur: apa yang anda lakukan sebelum tidur, apakah menggunakan obat-obatan untuk tidur.
- 4) Gangguan tidur atau faktor-faktor kontribusi: jenis gangguan tidur, kapan masalah itu terjadi.

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Observasi penampilan wajah, prilaku, dan tingkat energi pasien.
- 2) Adanya lingkaran hitam disekitar mata, mata sayu dan kongjungtiva merah.
- 3) Prilaku: eritabel , kurang perhatian, pergerakan lambat, bicara lambat, postur tubuh tidak stabil, tangan tremor, sering menguap, mata tampak lengket, menarik diri, bingung dan kurang koordinasi.

c. Riwayat tidur

Pengkajian riwayat tidur secara umum dilakukan segera setelah klien memasuki fasilitas perawatan. Ini memungkinkan perawat

menghubungkan kebutuhan klien dengan hal-hal yang ia sukai kedalam rencana perawatan. Riwayat tidur ini meliputi :

- 1) Pola tidur yang biasa
- 2) Ritual sebelum tidur
- 3) Penggunaan Obat-obat tidur atau obat lainya
- 4) Lingkungan tidur
- 5) Perubahan terkini pada pola tidur

d. Catatan tidur

Catatan tidur sangatlah bermanfaat, khususnya untuk klien yang memiliki masalah tidur, sebab catatan ini berisi berbagai informasi penting terkait pola tidur klien. Catatan tidur dapat mencakup keseluruhan atau sebagian dari informasi berikut :

- 1) Jumlah jam tidur per hari
- 2) Aktifitas yang dilakukan 2-3 Jam sebelum tidur (jenis durasi)
- 3) Ritual Sebelum Tidur (Minum Air)
- 4) Waktu (a) Pergi tidur, (b) Mencoba Tidur, (c) tertidur, (d) terjaga dimalam hari dan durasinya, serta (e) bangun tidur dipagi hari.
- 5) Adanya masalah yang klien yakini dapat mempengaruhi tidurnya
- 6) Faktor yang klien yakini memberi pengaruh yang positif maupun negatif.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (Status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah (karpenito dalam buku Rohmah, 2016).

Sedangkan menurut NANDA diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai respon klien tentang masalah kesehatan aktual atau

potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan asuhan perawat.

Pada umumnya diagnosis keperawatan yang muncul pada gangguan tidur khususnya pasien artritis rheumatoid adalah :

- 1) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada kaki, pinggang, dan lingkungan yang mengganggu
- 2) Resiko distress spiritual berhubungan dengan kondisi penyakit kronis (Rhuemathoid Arthritis)

Dari beberapa diagnosa diatas peneliti lebih memfokuskan terhadap diagnosa gangguan pola tidur karena semakin bertambahnya umur seseorang manusia/lansia kualitas tidur itu pasti menurun atau terganggu.

3. Perencanaan

Rencana intervensi adalah desain spesifik dari intervensi yang disusun untuk membantu klien dan mencapai kriteria hasil. Rencana intervensi tersebut disusun berdasarkan komponen penyebab dari diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, rencana intervensi harus mendefinisikan suatu aktifitas yang diperlukan untuk membatasi faktor-faktor penunjang suatu masalah.

Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.1	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada kaki, pinggang, dan lingkungan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan gangguan kebutuhan pola	1) Kaji tanda-tanda vital 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan gangguan tidur 3) Identifikasi	1) Sebagai acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien 2) Agar pasien dapat

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.1	yang mengganggu	<p>tidur pasien dapat terpenuhi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah tidur dalam batas normal 6 jam/hari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan segar sesudah tidur dan beristirahat 4. Mampu mengidentifikasi hal-hak yang dapat meningkatkan tidur 	<p>makan dan minum yang mengganggu tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi 5) Modifikasi lingkungan (misalnya, pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur 6) Menjelaskan pada pasien pentingnya tidur yang cukup 7) Memberikan kompres non farmakologi dengan memberikan kompres air hangat dan jahe parut 	<p>mengatakan faktor apa saja yang dapat mengganggu tidur pasien dan dapat mengatasinya</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Agar pasien dapat mengetahui faktor makan danminum yang dapat mengganggu tidur pasien 4) Agar dapat mengetahui apakah pasien mengkonsumsi obat tidur atau tidak 5) Dengan memberikan lingkungan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
				<p>yang nyaman pasien dapat tidur dengan nyaman dan masalah tidur pasien dapat terpenuhi</p> <p>6) Agar pasien dapat mengetahui pentingnya tidur yang cukup dan memotifasi pasien untuk memenuhi pola tidur pasien</p> <p>7) Agar masalah nyeri pasien sedikit teratasi dan pasien lebih paham cara mengatasi Nya</p>

Sumber : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)

4. Implementasi

Implementasi Keperawatan adalah tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain (Tarwoto & Wartonah, 2011).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan. Rencana intervensi dan implementasinya. Tahap evaluasi ini memungkinkan perawat untuk memonitor “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan, dan implementasi (Rohmah, et,all, 2016).

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, tujuan dari asuhan keperawatan gangguan istirahat tidur sudah teratasi, hal ini dibuktikan dengan evaluasi hari ketiga pada pasien sudah sesuai dengan kriteria hasil menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) yaitu tanda tanda vital dalam batas normal, dan tidur pasien dalam batas normal 6-8 jam.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Rematik

Rematik atau pegal linu merupakan penyakit degeneratif yang menyebabkan kerusakan tulang rawan (kartilago) sendi dan tulang didekatnya, disertai poliferasi dari tulang dan jaringan lunak di dalam dan sekitar daerah yang terkena (Priyanto dalam buku Wiarto, 2017).

Penyakit rematik yang sering disebut artritis (radang sendi) dan dianggap satu keadaan sebenarnya terdiri atas lebih dari 100 tipe kelainan yang berbeda. Penyakit ini terutama mengenai otot-otot skelet, tulang, ligamentum, tendon, dan persendian pada laki-laki maupun wanita dengan

segala usia. Sebagian gangguan lebih besar kemungkinannya untuk terjadi pada suatu waktu tertentu dalam kehidupan pasien atau lebih menyerang jenis kelamin yang satu dibandingkan lainnya. Dampak keadaan ini dapat mengancam jiwa penderitanya atau hanya menimbulkan gangguan kenyamanan, dan masalah yang disebabkan oleh penyakit reumatik tidak hanya berupa keterbatasan yang tampak jelas pada mobilitas dan aktivitas hidup sehari-hari tapi juga efek sistemik yang tidak jelas tetapi dapat menimbulkan kegagalan organ dan kematian atau mengakibatkan masalah seperti rasa nyeri, keadaan mudah lelah, perubahan citra diri, serta gangguan tidur.

Lebih lanjut keadaan ini bisa bersifat akut atau insidius, dan perjalanan penyakitnya dapat ditandai oleh periode remisi (suatu periode ketika gejala penyakit berkurang atau tidak terdapat) dan eksaserbasi (suatu periode ketika gejala penyakit terjadi atau bertambah berat). Terapi dapat sangat sederhana bertujuan untuk melokalisasi rasa nyeri, atau dapat kompleks dan dimaksudkan untuk mengurangi efek sistemiknya. Perubahan yang permanen dapat terjadi akibat penyakit ini.

Penyakit reumatik diklasifikasikan menjadi sepuluh kategori yang memperlihatkan berbagai bentuk kelainan multisistem yang menyusun penyakit reumatik. Keikutsertaan keadaan yang secara sekunder dapat mengenai struktur muskuloskeletal menegaskan keanekaragaman penyakit reumatik (Smeltzer dan Bare, dalam buku Nasrullah, 2016).

Klasifikasi penyakit reumatik:

- a. Penyakit jaringan ikat difus
- b. Artritis yang disertai spondilitis
- c. Osteoartritis
- d. Sindrom reumatik yang berkaitan dengan unsur infeksius
- e. Kelainan metabolik dan endokrin yang disertai keadaan reumatik
- f. Neoplasma
- g. Kelainan neurovaskuler
- h. Kelainan tulang, periosteum dan kartilago

- i. Kelainan ekstra artikuler
 - j. Kelainan lainnya yang disertai manifestasi artikuler seperti reumatisme palindromik, hidrartrosis intermiten, sarkoidosis
- (Smeltzer dan Bare, dalam buku Nasrullah, 2016).

2. Penyebab Rematik

Penyebab rematik belum diketahui secara pasti walaupun banyak hal mengenai patogenesisnya telah terungkap. Faktor genetik dan beberapa faktor lingkungan telah lama diduga berperan dalam timbulnya penyakit ini. Kecenderungan wanita yang menderita rematik dan sering dijumpainya remisi pada wanita yang sedang hamil menimbulkan dugaan terdapatnya faktor keseimbangan hormonal sebagai salah satu faktor yang berpengaruh terhadap penyakit ini. Walaupun demikian karena pembedaan hormon esterogen eksternal tidak pernah menghasilkan perbaikan sebagaimana yang diharapkan, sehingga kini belum berhasil dipastikan bahwa faktor hormonal memang merupakan penyebab penyakit ini.

Sejak tahun 1930. Infeksi telah diduga merupakan penyebab rematik. Dugaan faktor infeksi timbul dan disertai oleh gambaran inflamasi yang mencolok. Walaupun hingga kini belum berhasil dilakukan isolasi suatu organisme dari jaringan sinovial, hal ini tidak menyingkirkan kemungkinan bahwa terdapat suatu komponen peptidoglikan atau endotoksin mikroorganisme yang dapat mencetuskan terjadinya artritis reumatoid. Agen infeksius yang diduga merupakan penyebab rematik antara lain bakteri, mikroplasma atau virus.

Hipotesis terbaru tentang penyebab penyakit ini adalah adanya faktor genetik yang akan menjurus pada penyakit setelah terjangkit beberapa penyakit virus Epstein-Barr. Heat Shock Protein (HSP) adalah sekelompok protein berukuran sedang yang dibentuk oleh sel seluruh spesies sebagai respon terhadap stress. Walaupun telah diketahui terdapat hubungan antara Heat Shock Protein dan sel T pada pasien rematik namun mekanisme hubungan ini belum diketahui dengan jelas (Aspiani, 2014).

Faktor infeksi sebagai penyebab rematik ini timbul karena umumnya onset penyakit ini terjadi secara mendadak dan timbul dengan disertai oleh gambaran inflamasi yang mencolok. Dengan demikian timbul dugaan kuat bahwa penyakit ini sangat mungkin disebabkan oleh tercetusnya suatu proses autoimun oleh suatu antigen tunggal atau beberapa antigen tertentu saja. Agen infeksius yang diduga sebagai penyebabnya adalah bakteri, mycoplasma, atau virus (Sudoyo, dkk, dalam buku Wiarto, 2017).

3. Tanda dan Gejala

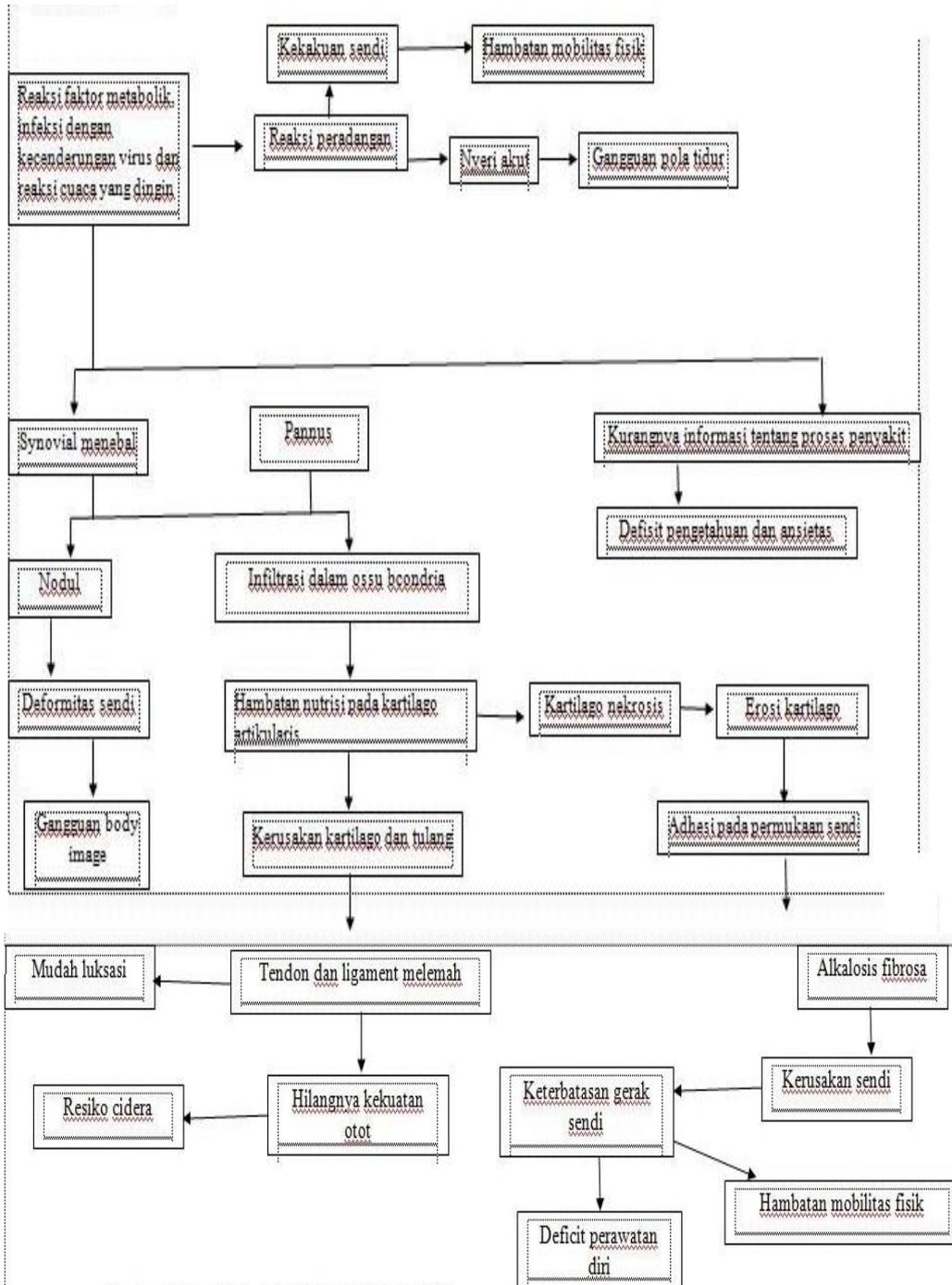
Ada beberapa gambaran klinis yang lazim ditemukan pada seseorang yang menderita reumatik. Gambaran klinis tidak harus timbul sekaligus pada saat yang bersamaan oleh karena penyakit ini memiliki gambaran klinis yang bervariasi.

- a. Gejala-gejala konstitusional, misalnya lelah, anoreksia, berat badan menurun dan demam terkadang kelelahan dapat demikian hebatnya.
- b. Poliartritis simetris terutama pada sendi perifer: termasuk sendi-sendi di tangan, namun biasanya tidak melibatkan sendi-sendi interfalang distal. Hampir semua sendi diartrodial dapat terserang.
- c. Ketakutan di pagi hari selama lebih dari 1 jam: dapat bersifat generalisata tetapi terutama menyerang sendi-sendi. Kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi pada osteoartritis, yang biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari satu jam.
- d. Artritis erosif merupakan ciri khas penyakit ini pada gambaran radiologik. Peradangan sendi yang kronik mengakibatkan erosi di tepi tulang.
- e. Deformitas merupakan kerusakan struktur penunjang sendi meningkat dengan perjalanan penyakit. Pergeseran ulnar atau diviasi jari, subluksasi sendi metakarpofalangeal, deformitas boutonier dan leher angsa adalah beberapa deformitas tangan yang sering dijumpai. Pada kaki terdapat protrusi (tonjolan) kaput metatarsal yang timbul sekunder dari subluksasi metatarsal. Sendi-sendi yang benar juga dapat terserang

dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerakan ekstensi.

- f. Nodul-nodul reumatioid adalah masa subkutan yang ditemukan pada sekitar sepertiga orang dewasa pasien reumatik. Lokasi yang paling sering dari deformitas ini adalah bursa elekranon (sendi siku) atau di sepanjang permukaan ekstensor dari lengan, walaupun demikian nodula-nodula ini dapat timbul padda tempat-tempat lainnya. Adanya nodula-nodula ini biasanya merupakan suatu petunjuk suatu penyakit yang aktif dan lebih berat.
- g. Manifestasi ekstra artikular yaitu rematik juga dapat menyerang organ-organ lain diluar sendi. Jantung (perikarditis), paru-paru (pleuritis), mata, dan pembuluh darah dapat rusak (Price & Wilson, dalam buku Wiarto, 2017).

4. Pathway



Gambar 2.2 Fatofisiologi (NANDA NIC NOC, 2015)

Dari pathway diatas saya memfokuskan mengambil masalah gangguan pola tidur karena menurut Haswita faktor yang mempengaruhi kualitas dan kuantitas tidur adalah penyakit. Penyakit dapat menyebabkan nyeri atau distress fisik yang dapat menyebabkan gangguan tidur. Individu yang sakit membutuhkan waktu tidur yang lebih banyak dari pada biasanya. Disamping itu, siklus bangun-tidur selama sakit dapat mengalami gangguan (Haswita, 2017).

5. Faktor Resiko

Menurut Priyanto, (2009) dalam buku Wiarto, (2017), beberapa faktor resiko yang diketahui berhubungan dengan rematik ataupun pegal linu, antara lain:

- a. Usia diatas 40 tahun dan prevalensi pada wanita lebih tinggi
- b. Genetik
- c. Kegemukan dan penyakit metabolik
- d. Cedera sendi yang berulang
- e. Kepadatan tulang berkurang (osteoporosis)
- f. Beban sendi yang terlalu berat (olahraga atau kerja tertentu)
- g. Kelainan pertumbuhan (kelainan sel-sel yang membentuk tulang rawan, seperti kolagen dan proteglikan).

6. Jenis-Jenis Rematik

Ditinjau dari lokasi patologis maka jenis rematik tersebut dapat dibedakan dalam dua kelompok besar yaitu rematik artikular dan rematik Non artikular. Rematik artikular atau arthritis (radang sendi) merupakan gangguan rematik yang berlokasi pada persendian diantaranya meliputi arthritis rheumatoid, osteoarthritis, dan gout arthritis. Rematik non artikular atau ekstrak artikular yaitu gangguan rematik yang disebabkan oleh proses diluar persendian diantaranya bursitis, libmsitis, dan sciatica (Lueming dalam buku Wijaya 2013).

Rematik dapat dikelompokkan dalam beberapa golongan yaitu :

a. Osteoarthritis

Penyakit ini merupakan penyakit kerusakan tulang rawan sendi yang berkembang lambat dan berhubungan dengan usia lanjut. Secara klinis ditandai dengan nyeri, deformitas, pembesaran nadi, dan hambatan gerak pada sendi-sendi tangan dan sendi besar yang menanggung beban.

b. Arthritis reumatoid

Arthritis reumatoid adalah suatu penyakit inflamasi sitemik kronik dengan manifestasi utama poliartritis progresif dan melibatkan seluruh

organ tubuh, terlibatnya sendi pada pasien artritis reumatoid terjadi setelah penyakit ini berkembang lebih lanjut sesuai dengan sifat progresifitasnya. Pasien dapat juga menunjukkan gejala berupa kelemahan umumnya cepat lelah.

c. *Olimialgia reumatik*

Penyakit ini merupakan suatu sindrom yang terdiri dari rasa nyeri dan kekakuan yang terutama mengenai otot-otot ekstremitas proksimal, leher, bahu dan panggul. Terutama mengenai usia pertengahan atau usia lanjut sekitar 50 tahun ke atas.

d. *Artritis gout*

Artritis gout adalah suatu sindrom klinik yang mempunyai gambaran khusus, yaitu artritis akut. Artritis gout lebih banyak terdapat pada pria dan pada wanita. Pada pria lebih sering mengenai usia pertengahan, sedangkan pada wanita biasanya mendekati masa menopause.

7. Manifestasi Klinis

Gejala klinis utama adalah poliartritis yang mengakibatkan terjadinya kerusakan pada rawan sendi dan tulang disekitarnya. Kerusakan ini terutama mengenai sendi perifer pada tangan dan kaki yang umumnya bersifat simetris (Sudoyo, dkk, dalam Wiarto, 2017). Menurut Priyanto, (2009) dalam buku Wiarto, (2017) secara umum, manifestasi klinis yang dapat kita lihat, antara lain:

- a. Nyeri sendi, terutama pada saat bergerak
- b. Pada umumnya terjadi pada sendi penopang beban tubuh, seperti panggul, tulang belakang, dan lutut.
- c. Terjadi kemerahan, inflamasi, nyeri, dan dapat terjadi deformitas.
- d. Yang tidak progresif dapat menyebabkan perubahan cara berjalan
- e. Rasa sakit bertambah hebat terutama pada sendi panggul, lutut, dan jari-jari
- f. Saat perpindahan posisi pada persalinan bisa terdengar suara.

8. Penatalaksanaan Rematik

- a. Pendidikan pada pasien mengenai penyakitnya dan penatalaksanaan yang akan dilakukan sehingga terjadinya hubungan baik dan terjamin ketaatan pasien untuk tetap berobat dalam jangka waktu yang lama
- b. Pemberian terapi istirahat istirahat non farmakologi dengan memberikan terapi musik dan memberikan lingkungan yang nyaman
- c. OAINS (Obat Inflamasi Non Steroid) diberikan sejak dini untuk mengatasi nyeri sendi akibat inflamasi yang sering dijumpai. OAINS yang diberikan:
 - 1) Aspirin, pasien di bawah umur 65 tahun dapat dimulai dengan dosis 3-4 x 1 gr/hr, kemudian dinaikkan 0,3-0,6 perminggu sampai terjadi perbaikan atau gejala toksik. Dosis terapi 20-30 mg/dl.
 - 2) Ibuprofen, naproksen, piroksikam, diklofenak, dan sebagainya.
- d. DMARD (Disease Modifying Antirheumatoid Drugs) digunakan untuk melindungi rawan sendi dan tulang dari proses destruksi akibat reumatik. Keputusan penggunaannya bergantung pada pertimbangan risiko manfaat oleh dokter. Umumnya segera diberikan setelah diagnosis reumatik dilegalkan, atau bila respon OAINS tidak ada (Aspiani, 2014).
 - 1) Klorokuin fosfat 250 mg/hr atau hidroksiklorokuin 400 mg/hr
 - 2) Sulfasalazin dalam bentuk tablet bersalut enteric digunakan dalam dosis 1 x 500 mg/hr, ditinggikan 500 mg/minggu, sampai mencapai dosis 4 x 500 mg.
 - 3) D-penisilamin, kurang disukai karena bekerja sangat lambat. Digunakan dalam dosis 250-300 mg/hr, kemudian dosis diangkat setiap 2-4 minggu sebesar 250-300 mg/hr untuk mencapai dosis total 4 x 250-300 mg/hr.
 - 4) Garam emas adalah *gold standart* bagi DMARD.
 - 5) Obat immunosupresif atau immunoregulator, metotrreksat dosis dimulai 5-7,5 mg setiap minggu. Bila dalam 4 bulan tidak menunjukkan perbaikan, dosis harus ditingkatkan.

- 6) Kortikosteroid, hanya dipakai untuk pengobatan reumatik dengan komplikasi berat dan mengancam jiwa seperti vasculitis, karena obat ini memiliki efek samping yang sangat yang sangat berat.

e. Rehabilitas

Rehabilitas bertujuan meningkatkan kualitas harapan hidup pasien. Caranya antara lain dengan mengistirahatkan sendi yang terlibat, latihan, pemanasan dan sebagainya. Fisioterapi dimulai segera setelah rasa sakit pada sendi berkurang atau maksimal. Bila tidak juga berhasil, mungkin diperlukan pertimbangan untuk tindakan operatif. Sering pula diperlukan alat-alat, karena itu pengertian tentang rehabilitas:

- 1) Pemakaian alat bidai, tongkat penyangga, kursi roda, sepatu dan alat.
- 2) Alat ortotik protetik lainnya.
- 3) Terapi mekanik.
- 4) Pemanasan : baik hidroterapi maupun elektroterapi.
- 5) *Occupational therapy*.

f. Pembedahan

Jika berbagai cara pengobatan telah dilakukan dan tidak berhasil serta terdapat alasan yang cukup kuat, dapat dilakukan pengobatan pembedahan. Jenis pengobatan ini pada pasien reumatik umumnya bersifat *orthopedic*, misalnya sinovektomi, arthrodesis, memperbaiki deviasi unlar. Untuk menilai kemajuan pengobatan dipakai parameter:

- 1) Lamanya *morning stiffness*
- 2) Banyaknya sendi yang nyeri bila digerakkan atau berjalan
- 3) Kekuatan menggenggam (dinilai dengan tensimeter)
- 4) Waktu yang diperlukan untuk berjalan 10-15 meter
- 5) Peningkatan LED
- 6) Jumlah obat-obatan yang digunakan (Aspiani, 2014).