

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Kebutuhan Aktivitas

1. Konsep Dasar Aktivitas

Salah satu ciri individu yang sehat adalah kemampuan melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan misalnya berdiri, berjalan, dan bekerja.

Aktivitas adalah keadaan untuk bergerak untuk memenuhi kebutuhan hidup. Kemampuan aktivitas seseorang dipengaruhi oleh adekuatnya sistem persarafan, otot dan tulang, atau sendi (Tarwoto dan Wartonah, 2010).

Masyarakat sering kali mendefinisikan kesehatan dan kebugaran fisik mereka berdasarkan aktivitas mereka karena kesejahteraan mental dan keefektifan fungsi tubuh sangat tergantung pada status mobilitas mereka. Misalnya saat seseorang berdiri tegak, paru lebih mudah untuk berkembang, aktivitas usus (peristaltic) menjadi lebih efektif, dan ginjal mampu mengosongkan kemih secara komplet. Selain itu, pergerakan sangat penting agar tulang dan otot berfungsi sebagaimana mestinya (Kozier, 2010)

2. Sistem Tubuh yang Berperan dalam Aktivitas

Menurut Wahit Iqbal Mubarak (2007) dalam buku ajar Kebutuhan Dasar Manusia, sistem tubuh yang berperan membantu dalam aktivitas adalah sistem muskuloskeletal dan sistem persarafan.

1) Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal terdiri atas tulang (rangka), otot dan sendi. Sistem ini sangat berperan dalam pergerakan aktivitas manusia. Secara umum, rangka memiliki beberapa fungsi(Lilis dkk., 1989), yaitu sebagai berikut.

- a. Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh)
- b. Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, paru-paru, hati dan medulla spinalis
- c. Sebagai tempat melekatnya otot dan tendon, termasuk juga ligamen
- d. Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat dan lemak.
- e. Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah).

2) Sistem Persarafan

Secara spesifik, sistem persarafan memiliki beberapa fungsi, yaitu:

- a. Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar kemudian meneruskannya ke susunan saraf pusat.
- b. Sel saraf atau neuron, berfungsi membawa impuls dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya
- c. Sistem saraf pusat (SSP), berfungsi memproses impuls dan kemudian memberikan respon melalui saraf eferen.
- d. Saraf eferen, berfungsi menerima respon dari SSP kemudian meneruskan ke otot rangka.

3. Konsep Mekanika Tubuh

Menurut Wahit Iqbal Mubarak (2007) Mekanika tubuh adalah penggunaan organ tubuh secara efisien dan efektif sesuai dengan fungsinya. Dalam melakukan aktivitas secara benar dan beristirahat dalam posisi yang benar dapat meningkatkan kesehatan tubuh dan mencegah timbulnya penyakit. Gangguan mekanika tubuh dapat terjadi pada individu yang menjalani tirah baring lama karena dapat terjadi penurunan kemampuan tonus otot. Tonus otot sendiri adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan kemampuan kontraksi otot rangka. Berikut ini mekanika tubuh akan berfokus pada:

- 1) Kesejajaran Tubuh dan Postur

Kesejajaran tubuh adalah susunan geometric bagian-bagian tubuh dalam hubungannya dengan bagian-bagian tubuh yang lain. Kesejajaran tubuh dan postur yang baik akan menempatkan tubuh pada posisi yang dapat meningkatkan keseimbangan yang optimal dan maksimal. Kesejajaran tubuh yang baik dilihat dari keseimbangan persendian, otot, tendon, dan ligamen. Berikut adalah prinsip-prinsip dalam kesejajaran tubuh

- a. Keseimbangan tubuh dapat dipertahankan apabila garis gravitasi melewati pusat gravitasi dan fondasi penyokong.
- b. Jika fondasi penyokong lebih luas dan pusat gravitasi lebih rendah, kestabilan dan keseimbangan lebih besar
- c. Jika garis gravitasi berada diluar pusat fondasi penyokong, energy akan lebih banyak digunakan untuk mempertahankan keseimbangan.
- d. Fondasi penyokong yang luas dan kesejajaran tubuh yang baik akan menghemat penggunaan energy dan mencegah kelelahan otot.
- e. Perubahan posisi tubuh akan membantu mencegah ketidaknyamanan otot.
- f. Kesejajaran tubuh yang buruk dalam waktu yang lama dapat menimbulkan nyeri, kelelahan otot, kontraktur.
- g. Karena struktur anatomi individu yang berbeda, maka intervensi keperawatan yang diberikan harus bersifat individual dan sesuai dengan kebutuhan masing-masing.
- h. Dapat memperkuat otot-otot yang lemah dan membantu mencegah kekakuan otot serta ligament.

2) Keseimbangan

Mekanisme yang berperan dalam mempertahankan keseimbangan dan postur tubuh cukup rumit untuk dipahami. Secara umum, perasaan seimbang bergantung pada input informasi yang diterima dari labirin (telinga bagian dalam), penglihatan, dan dari reseptor

keseimbangan di apparatus vesibular mengirimkan sinyal menuju otak yang akan mengawali refleks yang dibutuhkan untuk mengubah posisi. Selain mekanisme di atas, keseimbangan tubuh juga dipengaruhi oleh pusat gravitasi, garis gravitasi, dan fondasi penyokong seperti yang telah dijelaskan sebelumnya.

3) Gerakan Tubuh yang Terkoordinasi

Gerakan yang halus dan seimbang merupakan hasil dari kerjasama yang baik antara korteks serebri, serebelum, dan ganglia basalis. Dalam mekanisme ini, korteks serebri bertugas melakukan aktivitas motoric volunteer, sedangkan serebelum bertugas mengatur aktivitas gerakan motoric, dan ganglia basalis bertugas mempertahankan postur tubuh.

4. Faktor yang Mempengaruhi Kesejajaran Tubuh

Menurut Wahit Iqbal Mubarak (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi kesejajaran tubuh yaitu sebagai berikut.

1) Pertumbuhan dan Perkembangan

Usia serta perkembangan sistem musculoskeletal dan persarafan akan berpengaruh terhadap postur, proporsi tubuh, massa tubuh, pergerakan, serta refleks tubuh seseorang.

2) Kesehatan fisik

Gangguan pada sistem musculoskeletal atau persarafan dapat menimbulkan dampak negative pada pergerakan dan mekanika tubuh seseorang. Adanya penyakit, trauma, atau kecatatan dapat mengganggu pergerakan dan struktur tubuh.

3) Status Mental

Gangguan mental atau afektif seperti depresi atau stress kronis dapat mempengaruhi keinginan seseorang untuk bergerak. Individu yang mengalami depresi cenderung tidak antusias dalam

mengikuti kegiatan tertentu. Demikian pula halnya dengan stress yang berkepanjangan, kondisi ini bisa menguras energy sehingga individu kehilangan semangat untuk beraktivitas.

4) Gaya Hidup

Gaya hidup terkait dengan kebiasaan yang dilakukan individu sehari-hari. Individu dengan pola hidup yang sehat atau kebiasaan makan yang baik kemungkinan tidak akan mengalami hambatan dalam pergerakan.

5) Sikap dan Nilai Personal

Nilai-nilai yang tertanam dalam keluarga dapat mempengaruhi aktivitas yang dijalani oleh individu. Sebagai contoh, anak-anak yang tinggal dalam lingkungan keluarga yang senang melakukan kegiatan olahraga sebagai sebuah rutinitas akan belajar menghargai aktivitas fisik.

6) Nutrisi

Nutrisi berguna bagi organ tubuh untuk mempertahankan status kesehatan. Apabila pemenuhan nutrisi tidak adekuat, hal ini bisa menyebabkan kelelahan dan kelemahan otot yang akan mengakibatkan penurunan aktivitas atau pergerakan.

7) Stres

Status emosi seseorang akan berpengaruh terhadap aktivitas tubuhnya. Perasaan tertekan, cemas, dan depresi dapat menurunkan semangat seseorang untuk beraktivitas. Kondisi ini ditandai dengan penurunan nafsu makan, perasaan tidak bergairah, dan pada akhirnya menyendiri.

8) Faktor Sosial

Individu dengan tingkat kesibukan yang tinggi secara tidak langsung akan sering menggerakkan tubuhnya. Sebaliknya, individu yang jarang berinteraksi dengan lingkungan sekitar tentu akan lebih sedikit beraktivitas atau menggerakkan tubuhnya.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem persyarafan menurut Arif Muttaqin (2011) yaitu sebagai berikut.

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur >50 tahun, wanita lebih berisiko terkena stroke, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosa medis

b. Keluhan Utama

Keluhan yang sering didapatkan meliputi kelemahan salah satu anggota gerak, nyeri otot, dan ekstremitas dingin.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangkaian wawancara yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan klien dari timbulnya keluhan utama pada gangguan sistem persyarafan sampai pada saat pengkajian. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

Riwayat penyakit sekarang merupakan kronologis dari penyakit yang diderita saat ini mulai awal hingga di bawa ke RS secara lengkap meliputi:

P (*Provocative or Palliative*):

- a) Apa penyebab timbulnya keluhan atau gejala?
- b) Hal apakah yang memperberat dan mengurangi keluhan?
- c) Apa yang dilakukan pada saat gejala mulai dirasakan?
- d) Keluhan psikologis yang dirasakan

Q (*Quality or Quantity*):

- a) Bagaimana gambaran sifat keluhan yang dirasakan, dilihat, didengar?
- b) Seberapa sering merasakan keluhan tersebut?

R (*Region or Radiation*)

- a) Dimana lokasi atau area yang dikeluhkan?
- b) Bagaimana penjalaran keluhannya?

S (*Scale or Severity*):

- a) Bagaimana skala yang dirasakan jika keluhan kambuh skala 1-10?

T (*Timing and Treatment*):

- a) Kapan keluhan mulai dirasakan?
- b) Apakah keluhan terjadi mendadak atau bertahap?
- c) Seberapa lama keluhan berlangsung ketika kambuh?
- d) Hal apa saja yg telah dicoba pasien untuk mengurangi keluhan ketika kambuh?

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu dalam menggali permasalahan yang mendukung masalah saat ini pada klien dengan defisit neurologis sangat penting. Pertanyaan sebaiknya diarahkan pada penyakit-penyakit yang dialami sebelumnya seperti hipertensi atau diabetes mellitus yang merupakan salah satu factor penyebab penyakit stroke.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Anamnesis akan adanya riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus yang memberikan hubungan dengan beberapa masalah disfungsi neurologis seperti masalah disfungsi neurologis seperti masalah stroke hemoragik dan neuropati perifer.

f. Psiko-Sosio-Spiritual

Menurut Muttaqin (2011) dalam buku *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*, hal-hal yang perlu dikaji dalam psiko-sosio-spiritualnya yaitu sebagai berikut.

- a) Nutrisi

Pasien lambat dalam menelan dikarenakan mengalami kelemahan atau kerusakan pada otot mulutnya.

b) Eliminasi

Terjadi kelemahan otot panggul dan springter pada anus sehingga dapat menyebabkan pasien mengalami konstipasi.

c) Aktivitas

Terjadi gangguan mobilitas akibat hemiparesis pada satu sisi anggota gerak. Disarankan bed rest total.

d) Istirahat

Pasien istirahat dengan normal.

e) Pengaturan Suhu

Suhu tubuh pasien biasanya dalam batas normal.

f) Kebersihan/Hygiene

Pasien tidak dapat melakukan personal hygiene secara mandiri akibat kelemahan yang dialami.

g) Rasa aman

Pasien dan keluarga biasanya merasa khawatir terhadap perubahan yang terjadi seperti keemahan anggota gerak, gangguan berbicara dll.

h) Rasa Nyaman

Kadang pasien akan mengalami nyeri hebat pada bagian kepala yang mengakibatkan pasien tidak nyaman serta merasa kepala berputar.

i) Sosial

Terjadi gangguan pada pasien saat berkomunikasi pada orang disekitarnya.

j) Pengetahuan/Belajar

Kebanyakan pasien tidak mengetahui penyakit yang dialaminya serta apa pemicu munculnya stroke tersebut.

k) Rekreasi

Pasien tidak dapat bangun dari tempat tidur atau pun keluar rumah karena disarankan bed rest total.

2. Pemeriksaan Fisik Neurologis

Menurut Arif Muttaqin (2011) dalam buku *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*, pemeriksaan fisik neurologis yang diperlukan yaitu sebagai berikut.

a. Tingkat Kesadaran

Kesadaran mempunyai arti yang luas. Kesadaran dapat didefinisikan sebagai keadaan yang mencerminkan pengintegrasian impuls eferen dan aferen. Keseluruhan dari impuls aferen dapat disebut input susunan saraf pusat dan keseluruhan dari impuls eferen dapat disebut output susunan saraf pusat (Priguna Sidharta, 1985).

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitive untuk disfungsi sistem persarafan.

Biasanya pada pasien stroke tingkat kesadarannya yaitu letargi (mengantuk tetapi dapat mengikuti perintah sederhana ketika dirangsang).

TINGKAT KESADARAN	KLINIS
Terjaga	Normal
Sadar	Dapat tidur lebih dari biasanya atau sedikit bingung saat pertama kali terjaga, tetapi berorientasi sempurna ketika bangun.
Letargi	Mengantuk tetapi dapat mengikuti perintah sederhana ketika dirangsang.
Stupor	Sangat sulit untuk dibangunkan, tidak konsisten dapat mengikuti perintah sederhana atau berbicara satu kata atau frase pendek.
Semikomatosa	Gerak bertujuan ketika dirangsang; tidak mengikuti perintah atau berbicara koheren.
Koma	Dapat berespons dengan postur secara reflex ketika distimulasi atau dapat tidak berespons pada setiap stimulus.

Tabel 2.1 Pemeriksaan Tingkat Kesadaran

Pada keadaan perawatan sesungguhnya, ketika waktu mengumpulkan data untuk penilaian tingkat kesadaran sangat terbatas, Skala Koma Glasgow (*Glasgow Coma Scale*–GCS) dapat memberikan jalan pintas yang sangat berguna. Skala tersebut memungkinkan pemeriksa membuat peringkat tiga

respons utama klien terhadap lingkungan seperti respons membuka mata, verbal, dan motorik.

Respons Motorik Terbaik		Respons Verbal Terbaik		Membuka Mata	
Menurut	6	Orientasi	5	Spontan	4
Terlokalisasi	5	Bingung	4	Terhadap panggilan	3
Menghindar	4	Kata tidak dimengerti	3		
Fleksi abnormal	3	Hanya suara	2	Terhadap Nyeri	2
Ekstensi	2	Tidak ada	1		
Tidak ada	1				Tidak dapat

Tabel 2.2 Pemeriksaan GCS

b. Pemeriksaan Saraf Kranial

1) Saraf Kranial V (*Trigeminus*)

Saraf ini untuk proses mengunyah dan merasakan makanan; refleks kornea

Pemeriksaan refleks trigeminal ada 2 tehnik yaitu sebagai berikut.

a) Tehnik Pemeriksaan Refleks Masseter

tehnik ini dimulai dengan klien diminta membuka mulut dan mengeluarkan suara ‘aaaaaa’ sementara itu pemeriksa menempatkan jari telunjuk tangan kirinya di garis tengah dagu dan dengan palu refleks dilakukan pengetukan dengan tangan kanan pada jari telunjuk tangan kiri. Jawaban yang diperoleh berupa kontraksi otot masseter dan temporalis bagian depan yang menghasilkan penutupan mulut secara tiba-tiba.

b) Refleks Kornea

Tehnik ini dimulai dengan klien diminta melirik ke atas atau kesamping, agar mata jangan berkedip jika kornea hendak disentuh oleh seutas kapas.

Menurut hasil pemeriksaan Aulia Amani (2019) pada nervus V yaitu:

Sensibilitas Wajah : Sulit dinilai

Menggigit : Sulit dinilai

Mengunyah : Sulit dinilai

Membuka Mulut : Sulit dinilai
 Refleks Kornea : (+ / +)

2) Saraf Kranial VII (*fasialis*)

Saraf ini untuk memberi ekspresi wajah, refleks kornea, penutupan kelopak mata, dan bibir.

Tehnik pemeriksaannya yaitu lakukan tes kekuatan otot. Klien diminta untuk memandang ke atas dan mengerutkan dahi. Tentukan apakah kerutan akan menghilang dan raba kekuatan ototnya dengan cara mendorong kerutan kearah bawah pada setiap sisi. Selanjutnya klien diminta menutup kedua matanya dengan kuat. Bandingkan seberapa dalam bulu-bulu matanya terbenam pada kedua sisi dan kemudian coba memaksa kedua mata klien untuk terbuka. Perhatikan apakah terdapat fenomena Bell.

Menurut hasil pemeriksaan Aulia Amani (2019) pada nervus VII yaitu:

Kedipan mata : Sulit dinilai
 Lipatan nasolabial : Simetris
 Sudut Mulut : Simetris
 Mengerutkan Dahi : Sulit dinilai
 Mengerutkan Alis : Sulit dinilai
 Menutup Mata : Sulit dinilai
 Meringis : Sulit dinilai
 Mengembungkan Pipi : Sulit dinilai
 Pengecap 2/3 Lidah Depan : Sulit dinilai

3) Saraf Kranial IX (*glosfaringeus*) dan X (*vagus*)

Saraf-saraf glosfaringeus mempunyai bagian sensorik yang menghantarkan rangsangan pengecapan dari bagian posterior lidah, mempersarafi sinus karotis dan korpus karotikus, dan mengatur sensasi faring. Saraf glosfaringeus merupakan saraf motoric utama bagi faring, yang memegang peranan penting

dalam mekanisme menelan. Bagian lain dari faring dipersarafi oleh saraf vagus. Selain tugas motoric, saraf glossofaringeus mengatur inervasi sensorik eksteroseptif permukaan orofaring dan pengecapan setengah bagian belakang lidah.

Menurut hasil pemeriksaan Aulia Amani (2019) pada nervus IX yaitu:

Pengecap 1/3 lidah belakang	: Sulit dinilai
Sensibilitas Faring	: Sulit dinilai
Arkus Faring	: Sulit dinilai
Berbicara	: Sulit dinilai
Menelan	: Sulit dinilai

4) Saraf Kranian XI (*asesorius*)

Saraf ini untuk mengendalikan gerak bahu dan rotasi kepala.

Fungsi saraf asesorius dapat dinilai dengan memerhatikan adanya atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius dan dengan menilai kekuatan otot-otot tersebut. Untuk menguji kekuatan otot sternokleidomastoideus, klien diminta untuk memutar kepala ke arah salah satu bahu dan berusaha melawan usaha pemeriksa untuk menggerakkan kepala ke arah bahu yang berlawanan. Kekuatan otot sternokleidomastoideus pada sisi yang berlawanan dapat dievaluasi dengan mengulang tes ini pada sisi yang berlawanan

Otot trapezius dinilai dengan meminta klien mengangkat bahu sementara pemeriksa berusaha menekan kebawah. Kemudian klien diminta mengangkat kedua lengannya ke arah vertical. Klien dengan otot trapezius yang lemah tidak dapat melakukan perintah tersebut.

Menurut hasil pemeriksaan Aulia Amani (2019) pada nervus XI yaitu:

Memalingkan Kepala	: Sulit dinilai
Mengangkat Daggu	: Sulit dinilai

5) Saraf Kranial XII (*hipoglosus*)

Saraf ini Untuk menggerakkan lidah, membantu proses artikulasi saat berbicara.

Pada pemeriksaan klien diminta menjulurkan lidahnya yang mana akan berdeviasi ke arah sisi yang lemah (terkena) jika terdapat lesi *upper* atau *lower motor neuron* unilateral. Lesi *upper motor neuron* dari saraf hipoglosus biasanya bilateral dan menyebabkan lidah imobil dan kecil. Lesi *lower motor neuron* dari saraf XII menyebabkan fasikulasi atrofi dan kelumpuhan disartria jika lesinya bilateral.

Menurut hasil pemeriksaan Aulia Amani (2019) pada nervus XII yaitu:

Menjulurkan Lidah	: Sulit dinilai
Tremor Lidah	: Sulit dinilai
Atrofi Lidah	: Sulit dinilai
Fasikulasi	: Sulit dinilai
Artikulasi	: Sulit dinilai

c. Pemeriksaan Kekuatan Otot

- 1) Anterofleksi dan dorsofleksi kepala. Penggerakannya ialah otot-otot rektus kapitis anterior, posterior mayor-minor, dan trapezius
- 2) Elevasi dan abduksi dari scapula. Penggerak utamanya ialah otot-otot trapezius, deltoid, supraskapular, dan seratus anterior
- 3) Ekstensi di sendi siku. Penggerak utamanya ialah otot triseps
- 4) Fleksi di sendi siku. Penggerak utamanya ialah otot biceps, brakial, dan brakioradial
- 5) Depresi dan adduksi dari scapula. Penggerak utamanya ialah otot-otot pectoral dan latisimus dorsi
- 6) Fleksi di sendi pergelangan. Penggerak utamanya ialah otot-otot fleksi karpi radialis dan ulnaris

- 7) Ekstensor (dorsofleksi) di sendi pergelangan. Penggerak utamanya ialah otot-otot ekstensor karpi radial longus/brevis, ekstensor karpal ulnar, dan ekstensor digitorum komunis.
- 8) Mengepal dan mengembangkan jari-jari tangan. Penggerak utamanya ialah otot-otot tangan fleksor digitorum dan ekstensor digitorum dan dibantu oleh otot-otot interosei dorsal dan volar
- 9) Fleksi di sendi panggul. Penggerak utamanya ialah otot iliopsoas
- 10) Ekstensi di sendi panggul. Penggerak utamanya ialah otot-otot gluteus maximus
- 11) Ekstensi di sendi lutut. Penggerak utamanya ialah otot quadriceps femoris
- 12) Fleksi di sendi lutut. Penggerak utamanya ialah otot biceps femoris
- 13) Dorsofleksi di sendi pergelangan kaki dan dorsofleksi jari-jari kaki. Penggerak utamanya ialah otot tibialis dan otot ekstensor jari-jari kaki.
- 14) Plantar fleski kaki dan jari-jari kaki. Penggerak utamanya ialah otot gastrocnemius, soleus, peroneus, dan fleksor haluksis longus.

Derajat	Kekuatan Otot
Derajat 0	Paralisis total/tidak ditemukan adanya kontraksi pada otot.
Derajat 1	Kontraksi otot yang terjadi hanya berupa perubahan dari tonus otot yang dapat diketahui dengan palpasi dan tidak dapat menggerakkan sendi.
Derajat 2	Otot hanya mampu menggerakkan persendian tetapi kekuatannya tidak dapat melawan pengaruh gravitasi.
Derajat 3	Di samping dapat menggerakkan sendi, otot juga dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan oleh pemeriksa.
Derajat 4	Kekuatan otot seperti pada derajat 3 disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan.
Derajat 5	Kekuatan otot normal.

Tabel 2.3 Pemeriksaan Kekuatan Otot

d. Pemeriksaan Respon Refleks

Derajat	Respon Refleks
4+	Gerakan reflektorik patologis (hiperaktif dengan klonus terus-menerus)
3+	Gerakan reflektorik melebihi respons normal (hiperaktif)
2+	Gerakan reflektorik cukup cepat, beramplitudo cukup, dan berlangsung cukup lama(refleks normal pada individu sehat)
1+	Ada gerakan reflektorik lemah (hipoaktif)
0	Tidak ada gerakan reflex

Tabel 2.4 Pemeriksaan Respon Refleks

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) diagnosa keperawatan pada pasien gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas fisik yaitu sebagai berikut.

1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kontraktur

a) Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif: a) Kekuatan otot menurun

b) Rentang Gerak (ROM) menurun

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: a) Nyeri saat bergerak

b) Enggan melakukan pergerakan

c) Merasa cemas saat bergerak

Objektif: a) Sendi kaku

b) Gerakan tidak terkoordinasi

c) Gerakan terbatas

d) Fisik lemah

2) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan tirah baring

a) Definisi: ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

b) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: mengeluh lelah

Objektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

c) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: a. dyspnea saat/setelah beraktivitas

b. merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

c. merasa lemah

Objektif: a. TD berubah >20% dari kondisi istirahat

b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah beraktivitas

c. Gambaran EKG menunjukkan iskemia

d. Sianosis

3) Ansietas berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi

1) Definisi: kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

2) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: a. merasa bingung

b. merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi

c. sulit berkonsentrasi

Objektif: a. Tampak gelisah

b. tampak tegang

c. sulit tidur

3) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: a. mengeluh pusing

b. anoreksia

c. palpitasi

d. merasa tidak berdaya

Objektif: a. frekuensi napas meningkat

- b. frekuensi nadi meningkat
- c. TD meningkat
- d. diaphoresis
- e. tremor
- f. muka tampak pucat
- g. suara bergetar

4. Intervensi Keperawatan

a. Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi Utama: Dukungan Mobilisasi

Definisi : Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.

Tindakan

1. Observasi:

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
- c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.
- d) Monitor kondisi umum selama melakukan imobilisasi.

2. Teraupetik:

- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
- b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu.
- c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

3. Edukasi:

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

b. Intoleransi Aktivitas

Intervensi Utama : Terapi Aktivitas

Definisi : Menggunakan aktivitas fisik, kognitif, social, dan spiritual tertentu untuk memulihkan keterlibatan, frekuensi, atau durasi aktivitas individu atau kelompok.

Tindakan

1. Observasi:

- a) Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu.
- b) Identifikasi makna rutin (mis. bekerja) dan waktu luang.
- c) Monitor respons emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas.

2. Terapeutik:

- a) Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas.
- b) Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia.
- c) Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), *sesuai kebutuhan*.
- d) Fasilitasi aktivitas motoric untuk merelaksasi otot.
- e) Libatkan keluarga dalam aktivitas, *jika perlu*.
- f) Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari.

3. Edukasi

- a) Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, *jika perlu*.
- b) Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

4. Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, *jika sesuai*.

c. Ansietas

Intervensi Utama : Terapi Relaksasi

Definisi : Menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan.

Tindakan

1. Observasi:

- a. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif.
- b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan.
- c. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan.
- d. Monitor respons terhadap terapi relaksasi.

2. Teraupetik:

- a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, *jika memungkinkan*.
- b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi.
- c. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, *jika sesuai*.

3. Edukasi:

- a. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif).
- b. Anjurkan mengambil posisi nyaman.
- c. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.
- d. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.
- e. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing).

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri 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 dan Wartonah 2015).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. perkembangan pasien dapat dilihat dari hasil tindakan keperawatan. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan keperawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Jika tujuan tidak tercapai, maka perlu dikaji ulang letak kesalahannya, dicari jalan keluarnya, kemudian catat apa yang telah ditemukan, serta apakah perlu dilakukan perubahan intervensi (Tarwoto dan Wartonah 2015)

Hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik ini yaitu, klien dapat mengerti tujuan dan peningkatan dari mobilitas fisik. Klien dapat mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. Klien dapat memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah. Dan klien dapat memperagakan penggunaan alat. (NANDA, NIC-NOC, 2015)

C. Tinjauan Konsep Penyakit

Diagnose medis yang muncul pada gangguan aktivitas fisik dari beberapa diagnose keperawatan yang terdapat di dalam buku SDKI (2016) yaitu:

1. Gangguan Mobilitas Fisik

Kondisi klinis terkait yaitu sebagai berikut.

- a. Stroke
- b. Cedera Medula Spinalis
- c. Trauma
- d. Fraktur
- e. Osteoarthritis
- f. Osteomalasia
- g. Keganasan

2. Intoleransi Aktivitas

Kondisi klinis terkait yaitu sebagai berikut.

- a. Anemia
- b. Gagal Jantung Kongestif
- c. Penyakit Jantung Koroner
- d. Penyakit Katup Jantung
- e. Aritmia
- f. PPOK
- g. Gangguan Metabolik
- h. Gangguan Muskuloskeletal

3. Ansietas

Kondisi klinis yang terkait yaitu sebagai berikut.

- a. Penyakit Kronis Progresif
Misalnya kanker, penyakit autoimun
- b. Penyakit Akut