

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu, dan menurut subyek. Kebutuhan Maslow merupakan teori interdisiplin yang berguna untuk membuat prioritas asuhan keperawatan. Hierarki kebutuhan dasar manusia termasuk lima tingkat prioritas.

###### **a) Kebutuhan fisiologis (*physiologic needs*)**

Hierarki kebutuhan Maslow menempatkan kebutuhan fisiologis sebagai hal yang paling penting. Secara umum, seseorang dengan beberapa keinginan yang tidak terpenuhi akan memprioritaskan pemenuhan kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lainnya. Misalnya, seseorang yang membutuhkan makanan, keamanan, dan cinta akan sering memprioritaskan pemenuhan kebutuhan makanannya sebelum kebutuhan cintanya. Manusia mempunyai tuntutan fisiologis yang harus dipenuhi agar dapat bertahan hidup. Delapan kategori kebutuhan yang ada pada manusia antara lain:

- 1) Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas
- 2) Kebutuhan cairan dan elektrolit
- 3) Kebutuhan makanan
- 4) Kebutuhan eliminasi urine dan alvi.
- 5) Kebutuhan istirahat dan tidur
- 6) Kebutuhan aktivitas
- 7) Kebutuhan kesehatan temperature tubuh
- 8) Kebutuhan seksual (Kasiati, 2016).

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

Tujuan dari keamanan dan keselamatan adalah untuk terlindungi dari berbagai ancaman, termasuk ancaman psikologis dan fisiologis.

Persyaratan tersebut diantaranya adalah:

- 1) Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi
- 2) Bebas dari rasa takut dan kecemasan
- 3) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang buruk atau asing (Kasiati, 2016).

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

Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Memberi dan menerima kasih sayang
- 2) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain
- 3) Kehangatan
- 4) Persahabatan
- 5) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan social (Kasiati, 2016).

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

Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Perasaan tidak bergantung pada orang lain
- 2) Kompeten
- 3) Penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

**e) Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualizing*)**

Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengenal dan memahami potensi diri)
- 2) Belajar memahami kebutuhan sendiri
- 3) Tidak emosional
- 4) Mempunyai dedikasi yang tinggi
- 5) Kreatif

- 6) Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya dengan mengetahui konsep kebutuhan dasar manusia menurut Maslow, kita perlu memahami bahwa :
- (a) Manusia terus berevolusi untuk mewujudkan potensi penuhnya.
  - (b) Kebutuhan dasar pada setiap tingkat harus dipenuhi sebelum kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi dapat dipenuhi secara tepat
  - (c) Jika kebutuhan dasar pada setiap tingkat tidak terpenuhi, maka pada akhirnya akan muncul kondisi patologis
  - (d) Semua orang mempunyai kebutuhan dasar yang sama, namun setiap kebutuhan bersifat unik bagi setiap budaya.
  - (e) Berdasarkan prioritas, setiap orang memenuhi kebutuhan dasarnya.
  - (f) Meskipun kebutuhan harus selalu dipenuhi, persyaratan tertentu mungkin menunggu
  - (g) Homeostasis yang tidak seimbang dapat disebabkan oleh kebutuhan yang tidak terpenuhi. Penyakit dapat berkembang akibat situasi ini.
  - (h) Kebutuhan dapat memotivasi seseorang untuk bertindak guna memuaskannya. Hal ini disebabkan oleh stimulus baik dari sumber eksternal maupun internal
  - (i) Seseorang dapat merasakan adanya kebutuhan sehingga dapat berespons melalui berbagai cara.

Hierarki Maslow berguna dalam menempatkan prioritas pasien. Kebutuhan dasar fisiologis dan keamanan biasanya merupakan prioritas pertama, terutama pada pasien dengan ketergantungan fisik berat. Akan tetapi, melainkan akan menghadapi situasi di mana pasien tidak memiliki kebutuhan keamanan dan kedaruratan fisik. Selain itu, memberikan prioritas tertinggi pada kebutuhan fisiologi, sosiokultur, perkembangan, atau spiritual pasien (Haswita & Reni sulistyowati,2017).

## B. Konsep Aktivitas

### 1. Definisi

Aktivitas fisik merupakan suatu usaha untuk mempertahankan keseimbangan dan kesejajaran tubuh selama melakukan aktivitas sehari-hari, setiap manusia memiliki irama atau pola tersendiri dalam aktivitas sehari-hari untuk melakukan kerja, rekreasi, makan, istirahat dan lain-lain (Susanto dan Fitriana, 2017). Kebutuhan aktivitas (pergerakan) merupakan satu kesatuan yang saling mempengaruhi manusia yang lain seperti istirahat. Istirahat adalah suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar. Istirahat adalah suatu kondisi yang tenang, rileks dan bebas dari kecemasan. (Padila, 2016).

Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan (Wartonah, 2015). Kemampuan beraktivitas (misal: berdiri, bekerja, makan) merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Tubuh akan menjadi sehat, sistem pernafasan dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal dengan beraktivitas. Dalam hal ini, kemampuan beraktivitas tidak lepas dari sistem pernafasan dan muskuloskeletal yang adekuat (Lilis, Taylor, & Lemonek, 1989 dalam Mubarak & Chayatin, 2007). Aktivitas fisik merupakan irama sirkadian manusia. Tiap individu mempunyai irama atau pola tersendiri dalam kehidupan sehari-hari untuk melakukan kerja, rekreasi, makan, istirahat, dan lain-lain.

Aktifitas fisik pada dasarnya adalah bagaimana menggunakan tubuh secara efisien, terkoordinasi, dan aman, sehingga menghasilkan gerakan yang baik dan memelihara keseimbangan selama beraktivitas (Asmadi, 2008). Kebutuhan aktivitas adalah kebutuhan dasar untuk melakukan mobilitas (bergerak). Kebutuhan

dasar ini diatur oleh beberapa sistem/organ tubuh diantaranya tulang, otot, tendon, ligamen, sistem saraf, dan sendi ( Hidayat & Uliyah , 2015 ).

## **2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Aktivitas**

Menurut Kasiati dan Rosmalawati (2016), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi aktivitas atau mobilitas individu, diantaranya:

- a) Usia seseorang berpengaruh terhadap sistem persarafan dan sistem muskuloskeletal sehingga dalam melaksanakan implementasi keperawatan dalam memenuhi kebutuhan perawat perlu mempertimbangkan dimensi tumbuh kembang individu.
- b) Kesehatan fisik, individu yang memiliki penyakit akan bisa menghambat dalam pergerakan fisik atau tubuh.
- c) Keadaan nutrisi, kekurangan nutrisi dapat menimbulkan kelelahan otot dan kelemahan yang berdampak terhadap penurunan aktivitas.
- d) Status mental, individu dengan masalah mental umumnya tidak tertarik dalam melakukan aktivitas, serta tidak memiliki energi untuk personal hygiene.
- e) Gaya hidup, individu dalam yang jarang melakukan aktivitas dengan baik dapat mengalami gangguan dalam pergerakan begitupun pula sebaliknya.

## **3. Tingkat Aktivitas Dasar**

Ketika Mobilisasi merupakan prosedur yang kompleks yang memerlukan koordinasi yang adekuat antara sistem saraf serta muskuloskeletal (Potter dan Perry, 2012). Tingkatan Aktivitas Dasar dan Istirahat dijelaskan sebagai berikut (Kasiati dan Rosmalawati, 2016):

- a) Imobilisasi komplet merupakan immobilisasi pada individu dengan gangguan tingkat kesadaran.
- b) Imobilisasi parsial merupakan immobilisasi yang dialami pada penderita fraktur
- c) imobilisasi di sebabkan karena pengobatan merupakan immobilisasi pada pasien dengan gangguang pernafasan atau gangguan pada jantung, pada pasien bed rest total, pasien yang tidak diperbolehkan untuk mobilisasi dari tempat tidur.

#### **4. Gangguan Mobilitas Fisik**

Gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Tanda dan gejala nya berupa data subjektif pasien mengeluh sulit menggerakan ekstremitasnya dan data objektif kekuatan otot menurun dan rentan gerak menurun. Penyebab (etiology) untuk masalah gangguan mobilitas fisik adalah gangguan neuromuscular.

### **B. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan**

#### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan merupakan suatu proses pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang pasien. Pengkajian tentang kebutuhan aktivitas dapat digali dari riwayat keperawatan, hasil pengkajian fisik dan informasi dari pasien. Tahapan proses pengkajian ini ada 2 langkah yakni pengumpulan data dari sumber primer (pasien) dan sumber sekunder yang berasal dari keluarga pasien, perawat ruangan dan status pasien. Dan analisa data untuk menegakkan diagnosa keperawatan (Prabowo, 2016). Diagnosa yang telah ditetapkan akan menentukan perencanaan yang ditetapkan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat agar dapat mengidentifikasi seluruh kebutuhan perawatan pasien gangguan aktivitas. Pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan gangguan aktivitas meliputi :

**a) Pengkajian awal****1) Riwayat pasien**

Meliputi nama, jenis kelamin, usia/tanggal lahir, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan, bahasa yang digunakan, pekerjaan, alamat, tanggal, jam MRS, nomor register dan diagnosa medis. Serta Riwayat pasien berupa apakah ada riwayat keluarga yang mempunyai penyakit serupa, apakah terdapat riwayat penyakit penyerta.

**2) Keluhan utama**

Keluhan utama adalah masalah yang paling menonjol yang dirasakan oleh pasien sehingga membuat pasien mencari pertolongan. Perawat perlu mengkaji tingkat aktivitas pasien untuk mengetahui mobilisasi serta resiko cedera yang terdiri dari jenis aktivitas, frekuensi, pola, kecepatan aktivitas serta lama dalam beraktivitas.

**3) Riwayat penyakit sekarang**

Perawat mengkaji riwayat pola tidur, gangguan pola tidur yang sering terjadi, kebiasaan, lingkungan tidur pasien, status emosional maupun mental pasien serta mengkaji gangguan tidur seperti insomnia, somnambulisme / tidur berjalan, enuresis / mengenuresis / mengompol, mendengkur, narkolepsi/kantuk berlebih dan sebagainya.

**4) Riwayat keperawatan penyakit yang pernah diderita**

Pengkajian ini berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan mobilitas, seperti ada atau tidaknya riwayat penyakit neurologis.

**5) Kemampuan fungsi motorik**

Melakukan pengkajian fungsi pada tangan kanan dan kiri, kaki kanan dan kaki kiri yang bertujuan untuk menilai ada atau tidaknya masalah kelemahan, kekuatan atau spastis.

### 6) Kemampuan mobilitas

Melakukan penilaian kemampuan gerak ke posisi miring, duduk berdiri, bangun, berpindah tanpa bantuan. Berikut ini tabel kategori tingkat kemampuan aktivitas menurut (A. Aziz Alimul Hidayat, 2014).

**Tabel 1 kategori tingkat kemampuan aktivitas**

Tingkat Aktivitas/Mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh.
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain, dan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan.

### 7) Kemampuan rentan gerak

Pengkajian *range of motion* (ROM) dilakukan didaerah bahu, siku, lengan panggul dan kaki. Berikut derajat normal rentang gerak sendi menurut (A.Aziz Alimul Hidayat, 2014)

Gerak Sendi	Derajat rentang Normal
Bahu. Adduksi: gerakan lengan lateral dari posisi samping ke atas kepala, telapak tangan menghadap ke posisi yang paling jauh	180
Siku. Fleksi: angkat lengan bawah ke arah depan dan ke arah atas menuju bahu.	150
Pergelangan tangan. Fleksi: tekuk jari-jari tangan ke arah bagian dalam lengan bawah.	80-90
Ekstensi: luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi.	80-90

Hiperekstensi: tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin.	70-90
--	-------

**Tabel 2 Derajat Normal Rentang Gerak Sendi**

Abduksi: tekuk pergelangan tangan ke sisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap ke atas.	0-20
Adduksi: tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking, telapak tangan menghadap ke atas.	30-50
Tangan dan jari.	
Fleksi: buat kepalan tangan. Ekstensi: luruskan jari.	90
Hiperekstensi: tekuk jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin	90
Abduksi: kembangkan jari tangan.	30
Adduksi: rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi.	20

**b) Perubahan intoleransi aktivitas**

Pengkajian intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan perubahan yang terjadi di sistem pernapasan, seperti suara napas, analisa gas darah, gerakan dinding toraks, adanya mukus, batuk yang produktif diikuti panas, dan nyeri saat respirasi. Selain berhubungan dengan sistem pernapasan, pengkajian intoleransi aktivitas juga berhubungan dengan sistem kardiovaskular, seperti tekanan darah, nadi, gangguan sirkulasi perifer, adanya trombus, dan perubahan tanda-tanda vital setelah melakukan aktivitas atau perubahan posisi.

**c) Kekuatan otot dan gangguan koordinasi**

Pengkajian kekuatan otot dilakukan dengan menentukan derajat kekuatan otot. Berikut tabel derajat kekuatan otot menurut (A.Aziz Alimul Hidayat, 2014):

**Tabel 3 Derajat Kekuatan Otot**

Skala	Karakteristik
0	Paralisis sempurna.
1	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi atau dilihat.
2	Gerakanotot penuh melawan gravitasi dengan topangan.
3	Gerakan yang normal melawan gravitasi.
4	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal.
5	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal dalam melawan gravitasi dan tahanan penuh

**d) Perubahan Psikologis**

Pengkajian perubahan psikologis dilakukan karena adanya gangguan mobilitas dan imobilitas seperti peningkatan emosi, perubahan perilaku, perubahan dan mekanisme coping.

**e) Pemeriksaan fisik.**

Pemeriksaan fisik aktivitas dapat berupa kaji, kemampuan mobilitas, kaji kemampuan rentang gerak dan perubahan intoleransi aktivitas, kaji perubahan psikologis akibat immobilisasi dan kaji kemampuan fungsi motorik dan fungsi sensorik kategori tingkat kemampuan aktivitas serta kaji kekuatan otot. Pemeriksaan fisik terkait istirahat dapat berupa mengkaji kekuatan otot, kemampuan berbicara, serta Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif yaitu dapat dilakukan pemeriksaan fisik sebagai berikut:

## 1) Pemeriksaan fisik secara umum

- (a) Kesadaran umum : Kondisi kesehatan umum pasien tampak sakit sedang. Kesadaran pasien komposmentis.
- (b) Suara/berbicara : Kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara.
- (c) Tanda-tanda vital : Tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

## 2) Pemeriksaan Kepala dan Leher

- (a) Kepala : bentuk normosefalik (lingkar kepala diatas normal).
- (b) Muka : umumnya tidak simetris yaitu mencong kesalah satu sisi.
- (c) Leher : kaku kuduk (kekakuan) jarang terjadi.

## 3) Pemeriksaan Dada

Pernafasan kadang didapatkan suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan, adanya hambatan jalan nafas, merokok merupakan faktor resiko.

## 4) Pemeriksaan Abdomen

Didapatkan penurunan peristaltik usus akibat tirah baring yang lama, dan kadang terdapat kembung.

## 5) Pemeriksaan Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

6) Pemeriksaan Neurologi

- (a) Pemeriksaan nervus kranialis : umumnya terdapat gangguan nervus kranialis VII (fasialis : otot lidah penggerak sisi lidah dan selaput lendir rongga mulut) dan nervus kranialis XII (hipoglosus : lidah, cita rasa, dan otot lidah). Biasanya penglihatan menurun, diplopia (penglihatan ganda), gangguan rasa pengecapan dan penciuman, paralisis(kelumpuhan) atau parese(gerakan) wajah.
- (b) Pemeriksaan motorik : hampir selalu terjadi kelumpuhan/kelemahan pada salah satu sisi tubuh, kelemahan, kesemutan, kebas, genggaman tidak sama, apraksia (kesulitan gerakan mulut ketika berbicara).
- (c) Pemeriksaan sensorik : dapat terjadi hemihipostasi (kurangnya rangsangan saat disentuh salah satu sisi) dan hilangnya rangsang sensorik kontralateral (seperti bagian tangan kanan, kaki kanan dan tangan kiri, kaki kiri).
- (d) Pemeriksaan refleks : pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.
- (e) Sinkop/pusing, sakit kepala, gangguan status mental/tingkat kesadaran, gangguan fungsi kognitif seperti penurunan memori,
- (f) pemecahan masalah, afasia (gangguan berbicara), kejang, dan lain lain.
- (g) Pemeriksaan Nervus Cranialis (Susilo, 2019) yaitu sebagai berikut:
  - (1) Nervus I (Olfactory) Tes pemeriksaan fungsi penciuman. Dengan cara tutup mata pasien dan minta pasien mencium benda yang baunya mudah dikenal, seperti sabun, tembakau, kopi dan sebagainya. Lalu bandingkan dengan hidung bagian kanan dan kiri.
  - (2) Nervus II (Optikus) Fungsi aktivitas visual dan lapang pandang.

- (a) Tes aktivitas visual Tutup satu mata pasien kemudian minta pasien untuk membaca dua baris dari sebuah artikel, koran, lalu ulangi untuk mata satunya.
  - (b) Tes lapang pandang Minta pasien menutup mata kiri, sementara pemeriksa di sebelah kanan. Pasien memandang hidung pemeriksa yang memegang pena warna cerah. Gerakan perlahan objek tersebut, informasikan agar pasien langsung memberitahu jika ia melihat benda tersebut.
- (3) Tes Nervus III , IV, VI (Oculomotorius, Trochlear, dan abducens) Fungsi koordinasi gerakan mata dan konstriksi pupil mata (N III).
- (a) Tes nervus III (Oculolomotorius) atau respons pupil terhadap cahaya. Sorotan senter kedalam tiap pupil pasien. Mulai menyinari dari arah belakang dari sisi pasien dan sinari satu mata (jangka keduanya). Perhatikan kontraksi pupil kena sinar.
  - (b) Tes nervus IV (trochlear). Kepala tegak lurus, letakan objek kurang lebih 60cm sejajar dengan mid-line mata. Gerakan objek kearah kanan, observasi adanya deviasi bola mata, diplopia, dan nistagmus.
  - (c) Tes nervus VI (abduces). Minta pasien untuk melihat kekiri dan ke kanan tanpa menengok.
- (4) Tes nervus V (trigeminus)
- (a) Fungsi sensasi Usap pilihan kapas pada kelopak mata atas dan bawah. Perhatikan jika ada refleks kornea langsung maka gerakan mengedip ipsilateral. Sedangkan jika ada refleks kornea konsensual maka gerakan mengedip kontralateral. Usap pula dengan pilihan kapas pada maxilla dan mandibula sementara mata pasien tertutup. Perhatikan apakah pasien merasakan sentuhan.
  - (b) Fungsi motorik Minta pasien mengunyah, sementara

pemeriksa melakukan palpasi pada otot temporal dan masseter.

(5) Tes nervus VII (Facialis)

- (a) Fungsi sensasi. Kaji sensasi rasa bagian anterior lidah terhadap asam, manis, asin. Teteskan atau usapkan larutan berasa dengan kapas. Awasi agar pasien tidak menarik masuk lidahnya karena akan merangsang sisi yang sehat.
- (b) Fungsi motorik. Kontrol ekspresi wajah dengan cara meminta pasien untuk tersenyum, mengerutkan dahi, dan menutup mata, sementara pemeriksa berusaha membukanya.

(6) Tes nervus VIII (Acustikus) Fungsi sensoris :

- (a) Fungsi sensoris cochlear (mengkaji pendengaran). Tutup salah satu telinga pasien, lantas pemeriksa berbisik ditelinga lain, atau menggesekan jari bergantian kanan-kiri.
- (b) Fungsi sensoris vestibulator (Mengkaji keseimbangan), pasien diminta berjalan lurus, dan perhatikan apakah ia dapat melakukan atau tidak.

(7) Tes Nervus IX (glossopharingeal) dan nervus X (vagus)  
Nervus IX mempersarafi pengecap pada 1/3 posterior lidah, tapi bagian ini sangat sulit tes, demikian pula dengan otot stylopharingeus, bagian parasimpatik nervus IX mempersarafi otot salivarius inferior, sedangkan nervus X mempersarafi organ viseral dan thoracal, pergerakan ovula, palatum lunak, sensasi pharynx, tonsil dan palatum lunak.

(8) Tes Nervus XI (Accesorius) Minta pasien untuk menoleh kesamping melawan tahanan. Perhatikan apakah sternocledomastodeus (otot leher terbesar yang dekat dengan kulit) dapat terlihat atau apakah atropi (penurunan massa otot). Setelah itu palpasi kekuatannya. Minta pasien

untuk mengangkat bahu sementara pemeriksa berusaha menahan.

- (9) Nervus XII (Hypoglossus) Mengkaji gerakan lidah saat bicara dan menelan. Inspeksi posisi lidah (Normal, asimetris, atau deviasi). Minta pasien mengeluarkan lidah dan kemudian memasukannya lagi dengan cepat. Setelah itu minta pasien untuk menggerakan lidah kekiri dan ke kanan.

(h) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pengkajian dengan masalah gangguan kebutuhan aktivitas diantaranya pemeriksaan radiologi, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan sendi, pemeriksaan kekuatan otot.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu pertanyaan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktivitas potensial) dari individu atau kelompok tempat anda secara legal mengidentifikasi dan anda dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status keshatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Pertami, 2015).

Masalah keperawatan yang mungkin muncul berkaitan dengan kebutuhan aktivitas berdasarkan Buku SDKI yaitu disorganisasi perilaku bayi, intoleransi aktivitas, gangguan mobilitas fisik, keletihan, risiko intoleransi aktivitas, risiko disorganisasi perilaku bayi, kesiapan peningkatan tidur dan gangguan pola tidur.

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI T. P., SDKI.2016).

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI (2016) Edisi diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas yaitu:

### **Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)**

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

**Gejala dan tanda mayor Subjektif :**

- 1) Mengeluh sulit menggerakan ekstremitas
- 2) Nyeri saat bergerak
- 3) Enggan melakukan pergerakan
- 4) Merasa cemas saat bergerak

**Objektif :**

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Rentang gerak (ROM) menurun
- 3) Sendi kaku
- 4) Gerakan tidak terkoordinasi
- 5) Gerakan terbatas
- 6) Fisik lemah

**Kondisi klinis terkait**

- 1) Stroke
- 2) Cedera Medulla Spinalis
- 3) Trauma
- 4) Fraktur
- 5) Osteoarthritis
- 6) Osteomalasia
- 7) Keganasan

**Gangguan Pola Tidur (D.0055)**

**Definisi:** Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

**Gejala dan tanda mayor Subjektif**

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Mengeluh sering terjaga
- 3) Mengeluh tidak puas tidur
- 5) Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif
- 6) Tampak lesu

**Kondisi klinis terkait**

- 1) Nyeri/Kolik
- 2) Hipertiroidisme

- 3) Kecemasan
- 4) Penyakit Paru Obstruktif Kronis
- 5) Kehamilan
- 6) Periode Pasca Partum
- 7) Kondisi pasca operasi

### **3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. (Pertami, 2015).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Intervensi yang mungkin muncul pada pasien dengan gangguan aktivitas pada pasien stroke berdasarkan (SIKI,2018) sebagai berikut :

**Tabel 4**  
**Rencana Tindakan Keperawatan Masalah Keperawatan :**  
**Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) (SIKI,2018)**

Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p><b>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul 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 frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> </ul> <p>Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan</li> <li>2. Dukungan Perawatan Diri</li> <li>3. Dukungan Perawatan Diri : Bab/Bak</li> <li>4. Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian</li> <li>5. Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum</li> <li>6. Dukungan Perawatan Diri : Mandi</li> <li>7. Edukasi Latihan Fisik</li> <li>8. Edukasi Tenik Ambulasi</li> <li>9. Edukasi Teknik Transfer</li> <li>10. Manajemen Energi</li> <li>11. Menejemen Lingkungan</li> <li>12. Manejemen Mood</li> <li>13. Menejemen Nutrisi</li> <li>14. Menejemen Nyeri</li> <li>15. Menejemen Medikasi</li> <li>16. Menejemen Program Latihan</li> <li>17. Menejemen Sensasi Perifer</li> <li>18. Pemantauan Neurologis</li> <li>19. Pemberian Obat</li> <li>20. Pemberian Obat Intravena</li> <li>21. Pembidaian</li> <li>22. Pencegahan Jatuh</li> <li>23. Pencegahan Luka Tekan</li> <li>24. Pengaturan Posisi</li> <li>25. Pengekangan Fisik</li> <li>26. Perawatan Kaki</li> <li>27. Perawatan Sirkulasi</li> <li>28. Perawatan Tirah Baring</li> <li>29. Perawatan Traksi</li> </ul>

<p><b>Dukungan Ambulasi (I.06171)</b></p> <p>Definisi</p> <p>Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah</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>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu</li> <li>2. Fasilitasi melakukan mobilitas dini</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> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan ( misal: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi )</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>30. Promosi Berat Badan</li> <li>31. Promosi Kepatuhan Program Latihan</li> <li>32. Promosi Latihan Fisik</li> <li>33. Teknik Latihan Penguatan otot</li> <li>34. Teknik Latihan Penguatan Sendi</li> <li>35. Terapi Aktivitas</li> <li>36. Terapi Pemijatan</li> <li>37. Terapi Relaksasi Otot Progresif</li> </ol>
---	---

**Tabel 5**  
**Rencana Tindakan Keperawatan**  
**Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur (D.0055) (SIKI, 2018)**

Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p><b>Dukungan Tidur (I.09265)</b></p> <p>Definisi Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur.</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum 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. Batas waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan</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. Fototerapi Gangguan Mood atau Tidur</li> <li>5. Latihan Otogenik</li> <li>6. Manajemen Dimensia</li> <li>7. Manajemen Energi</li> <li>8. Manajemen Lingkungan</li> <li>9. Manajemen Medikasi</li> <li>10. Manajemen Nutrisi</li> <li>11. Manajemen Nyeri</li> <li>12. Manajemen Penggantian Hormon</li> <li>13. Pemberian Obat Oral</li> <li>14. Pengaturan Posisi</li> <li>15. Promosi Koping</li> <li>16. Promosi Latihan Fisik</li> <li>17. Reduksi Ansietas</li> <li>18. Teknik Menenangkan</li> <li>19. Terapi Aktivitas</li> <li>20. Terapi Musik</li> <li>21. Terapi Pemijatan</li> <li>22. Terapi Relaksasi</li> <li>23. Terapi Relaksasi Otot Progresif</li> </ol>

<p>posisi, terapi akupresur)</p> <p><b>6.</b> Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <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 atau minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>5. Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</li> <li>6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol>	
---	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah fase dimana perawat melakukan pendokumentasian tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang khusus, yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (program keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap tindakan tersebut.

Implementasi/tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada keputusan sendiri. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter (Tawwoto &

Wartonah, 2010). Implementasi keperawatan dapat disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Bentuk implementasi keperawatan gangguan mobilitas fisik:

- a) Bentuk perawatan, pengkajian untuk mengidentifikasi masalah baru atau mempertahankan masalah yang ada.
- b) Pengajaran/pendidikan kesehatan pada pasien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan.
- c) Konseling pasien untuk memutuskan kesehatan pasien.
- d) Konsultasi atau berdiskusi dengan tenaa profesional kesehatan lainnya sebagai bentuk perawatan holistik.
- e) Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri (Rohman 2021)

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi perlu diberikan dengan tujuan menilai kondisi kesehatan pasien setelah diberikan implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan untuk mengetahui apakah tujuan, baik tujuan jangka panjang ataupun jangka pendek tercapai maupun memperoleh informasi yang akurat agar tindakan dapat di modifikasi, melanjutkan tindakan, atau dihentikan.

Evaluasi dari gangguan mobilitas fisik berlandaskan dari hasil yang diharapkan pada buku Standar Luaran Indonesia (SLKI), kriteria hasil dari masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik antara lain kekuatan otot meningkat, pergerakan ekstremitas meningkat, nyeri menurun, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, kecemasan menurun, kelemahan fisik menurun, gerakan terbatas menurun, dan gerakan tidak terkoordinasi menurun, (PPNI, 2019).

**a) Evaluasi keperawatan masalah gangguan mobilitas fisik**

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)  
Mobilitas Fisik (L.05042)

**Definisi :**

Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

**Ekspektasi : Meningkat**

Kriteria Hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas 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

**b) Evaluasi keperawatan masalah gangguan pola tidur**

Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur (D.0055) Pola Tidur (L.05045)

**Definisi :** Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur

**Ekspektasi : Membaiik**

Kriteria Hasil :

- 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
- 6) Kemampuan beraktivitas meningkat

## C. Konsep Penyakit

### 1. Pengertian

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Gangguan serebrovaskuler ini menunjukkan beberapa kelainan otak, baik secara fungsional maupun struktural, yang di sebabkan oleh keadaan

patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Susilo, 2019).

Stroke non-hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. (Kusuma, 2015).

## 2. Etiologi

### a) Etiologi stroke non-hemoragik (Iskemik)

Penyumbatan arteri yang menyebabkan stroke iskemik/Stroke non-hemoragik terbagi dalam dua katogeri berdasarkan oklusi aliran darah, yaitu sebagai berikut:

#### 1) Stroke Trombotik

Stroke trombotik terjadi akibat oklusi aliran darah, biasanya karena aterosklerosis berat. Sering kali, penderita mengalami satu atau lebih serangan iskemik sementara (transient ischemic attack/TIA) sebelum stroke trombotik terjadi. TIA biasanya berlangsung kurang dari 24 jam. Apabila TIA sering terjadi maka kemungkinan terjadinya stroke trombotik biasanya berkembang akan dalam priode 24 jam.

#### 2) Stroke Embolik

Stroke embolik berkembang setelah oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk di luar otak. Sumber umum embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta, faktor resiko utama untuk stroke iskemik mirip dengan penyakit arteri karotid, antara lain tekanan darah tinggi, diabetes, aterosklerosis atau penyakit arteri karotid, fibrilasi atrium (Afib), kadar kolesterol LDL tinggi, kelebihan berat badan, perokok, dan berusia diatas 55 tahun (Budi susilo, 2019).

### b) Etiologi stroke hemoragik

Etiologi stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak, hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke hemoragik ada 2

jenis yaitu:

Hemoragik intraserebral: pendarahan yang terjadi didalam jaringan otak

Hemoragik subaraknoid: pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

### **3. Klasifikasi**

Klasifikasi stroke dibagi menjadi dua yaitu :

- a) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik merupakan pendarahan serebral dan mungkin pendarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat, kesadaran pasien umumnya menurun.

- b) Stroke non-hemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dantrombosis serebral biasanya terjadi pada saat setelah lama beristirahat, dan bisa juga karena baru bangun tidur pagi. Tidak terjadinya perdarahan namun terjadi kimia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik. (muttaqin, 2011).

### **4. Manifestasi**

Masalah aktivitas dasar dan istirahat dapat berpengaruh ke sistem-sistem di tubuh, misalnya terjadi perubahan metabolisme tubuh, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, ketidak seimbangan cairan dan elektrolit, perubahan sistem pernafasan, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kardiovaskular, perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil), perubahan kulit, serta perubahan perilaku (Widuri, 2019). Gejala klinis adalah sebagai berikut: Kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemi sensorik, perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan),

disartia (bicara pelo atau cadel), dan gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopic, ataksia (trunkal atau anggota badan); Vertigo, mual, dan muntah atau nyeri kepala.

## 5. Patofisiologi

Stroke non-hemoragik pada otak akan mengakibatkan perubahan pada sel neuron otak secara bertahap. Tahap pertama diawali dengan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan sel-sel neuron akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Hal ini menyebabkan kegagalan metabolisme dan penurunan energi yang dihasilkan oleh neuron tersebut. Sedangkan pada tahap II, ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen tersebut memicu respons inflamasi dan diakhiri dengan kematian sel serta apoptosis terhadapnya. Proses cedera pada susunan saraf pusat ini menyebabkan berbagai hal, antara lain gangguan permeabilitas pada sawar darah otak, kegagalan energi, hilangnya homestasis ion sel, asidosis, peningkatan kalsium ekstrasel, dan toksisitas.

Pada tingkat sel, neuron iskemik menjadi terdeposisi ketika ATP habis dan sistem transport ion membran gagal. Gangguan metabolisme sel juga merusak pompa membran natrium-kalium plasma normal, menghasilkan peningkatan intraseluler dalam natrium, yang ada giliranya meningkatkan kadar air intraseluler. Pembengkakan seluler ini di sebut sebali edema sitotoksik dan terjadi sangat awal pada iskemia serebral (Susilo, 2019).

## 6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Susilo, 2019) pemeriksaan yang dilakukan yaitu :

- a) *CT scan* merupakan pemeriksaan baku untuk membedakan infark dengan pendarahan.
- b) Scan resonasi magnetik (MRI) lebih sensitif dari *CT scan* dalam mendeteksi infark serebri dini dan infark batang otak.
- c) Ekokardiografi untuk mendeteksi adanya sumber emboli dari jantung.  
Pada pasien, ekokardiografi transesofageal memberikan hasil yang lebih mendetail, terutama kondisi atrium kiri dan arkus aorta, serta

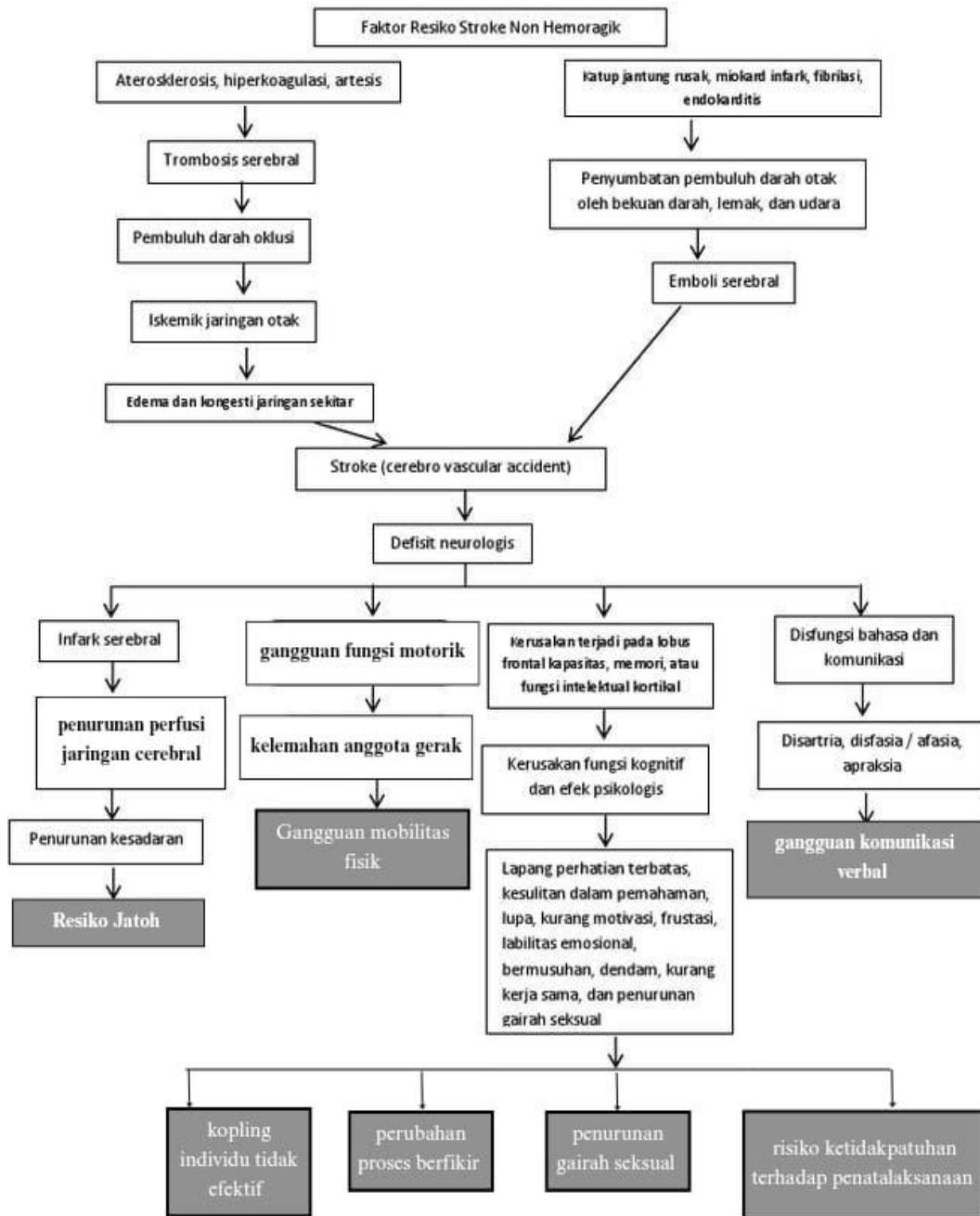
- lebih sensitif untuk mendeteksi trombus mural atau vegetasi katup.
- d) Ultrasonografi doppler karotis diperlukan untuk menyingkirkan stenosis karotis yang simtomatis serta lebih dari 70% yang merupakan indikasi untuk enarterektomi karotis.

## 7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Susilo, 2019) pada stroke yaitu sebagai berikut:

- a) Penatalaksanaan umum
  - 1) Hidrasi intravena: koreksi dengan NaCl 0,9 % jika hipovolemik.
  - 2) Hiperglikemia: koreksi dengan insulin, bila stabil beri insulinregular subkutan.
  - 3) Neurorehabilitasi dini : stimulasi dini secepatnya secepatnya danfisiotrapi gerak anggota badan aktif maupun pasif.
  - 4) Perawatan kandung kemih : kateter menetap hanya pada keadaankhusus (kesadaran menurun, demensia, dan afasia global).
- b) Penatalaksanaan khusus
  - 1) Trombosis rt-PA intravena/intraarterial pada < 3 jam setelah awitanstroke dengan dosis 0,9 mg/kg (maksimal 90mg ) sebanyak 10% dosis awal diberi sebagai bentuk bolus, sisanya dilanjutkan melaluiinfuse dalam waktu 1 jam.
  - 2) Antiplatelet : asam salisilat 160-325 mg/hari 48 jam setelah awitan stroke atau clopidogrel 75mg/hr.
  - 3) Hipertensi : tekanan darah diturunkan apabila tekanan sistolik > 220 mmHg dan atau tekanan diastolic >120mmHg denganpenurunan maksimal 20% dari tekanan arterial rata-rata (MAP) awal per hari.

## 8. Pathway



Gambar 1 pathway Stroke non-Hemoragik ( Masliana, 2022 )