

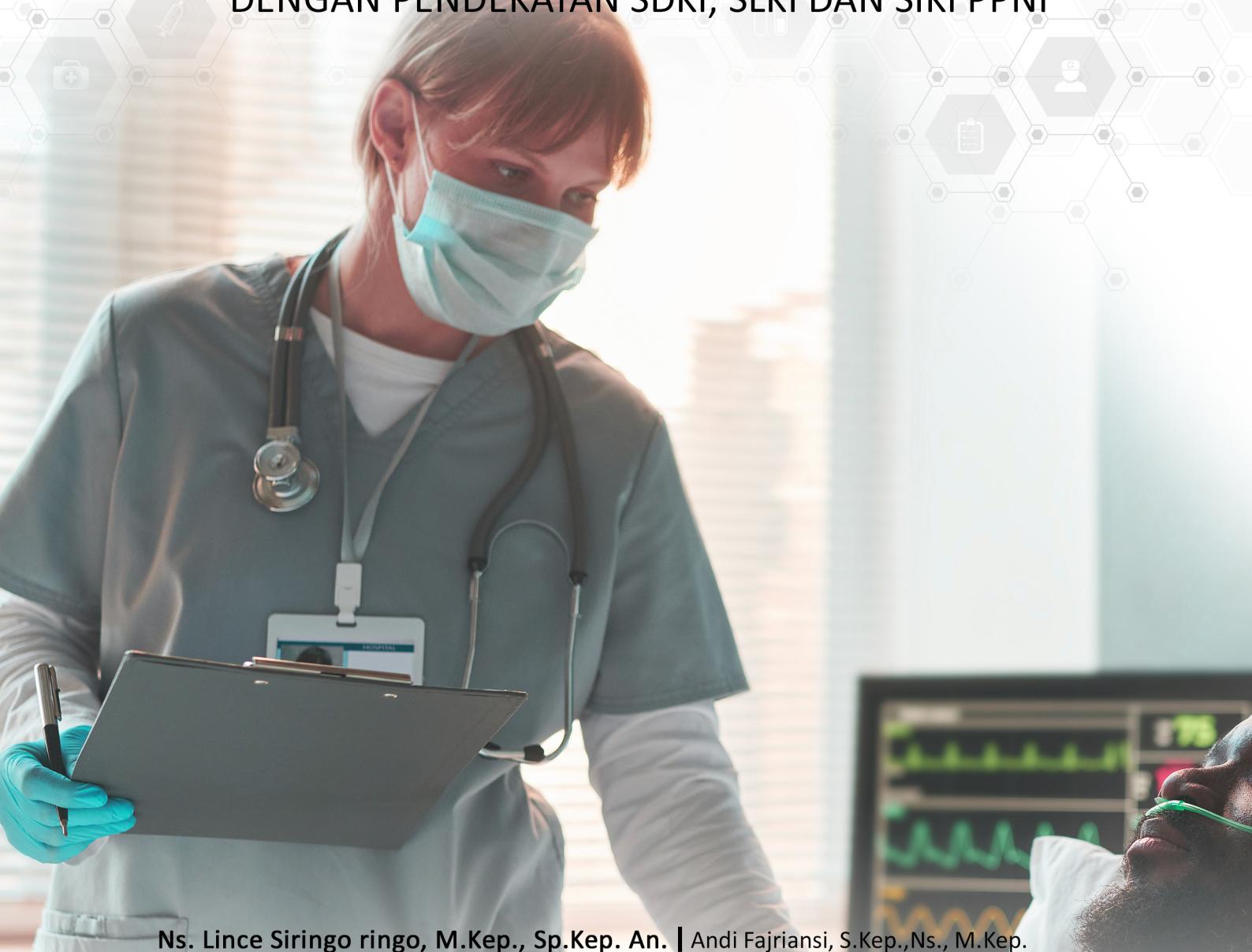
KEPERAWATAN DASAR

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

MENURUT HENDERSON & ASUHAN KEPERAWATAN

PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

DENGAN PENDEKATAN SDKI, SLKI DAN SIKI PPNI



Ns. Lince Siringo ringo, M.Kep., Sp.Kep. An. | Andi Fajriansi, S.Kep.,Ns., M.Kep.
Ester Radandima, S.Kep, Ns., M.Kep. | Dr. Ns. Yunie Armiyat, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Ns. Leni Wijaya, S.Kep., M.Kes. | Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Mei Widyawati, S.Kep., Ns., M.Kep. | Ns. Deni Metri, S.Kep., M.Kes.
Lidya Maryani, S. Kep., Ners., M.M., M. Kep. | Siti Rukayah, SKp., M.Kep.
Novita Dewi, S.Kep., Ns., M.Biomed. | Ns. Reni, S. Kep., M.Kep.
Ns. Aida Yulia, S.Kep., M.Kep. | Subandiyo, S.Pd., S.Kep., Ns., M.Kes.
Mintje M.Nendissa. S.Pd., S.Kep., M.Kes. | Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.
Ns. Maesaroh, M.Kep. | Feby Adolf Metekohy, S.SiT., M.Kes.

Keperawatan Dasar:
Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Henderson & Asuhan Keperawatan
Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia Dengan Pendekatan
SDKI, SLKI dan SIKI PPNI

Penulis:

Ns. Lince Siringo ringo, M.Kep., Sp.Kep. An.
Andi Fajriansi, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ester Radandima, S.Kep, Ns., M.Kep.
Dr. Ns. Yunie Armiyati, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Ns. Leni Wijaya, S.Kep., M.Kes.
Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Mei Widyawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Deni Metri, S.Kep., M.Kes.
Lidya Maryani, S. Kep., Ners., M.M., M. Kep.
Siti Rukayah, SKp., M.Kep.
Novita Dewi, S.Kep., Ns., M.Biomed.
Ns. Reni, S. Kep., M.Kep.
Ns. Aida Yulia, S.Kep., M.Kep.
Subandiyo, S.Pd., S.Kep., Ns., M.Kes.
Mintje M.Nendissa. S.Pd., S.Kep., M.Kes.
Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.
Ns. Maesaroh, M.Kep.
Feby Adolf Metekohy, S.SiT., M.Kes.



Keperawatan Dasar:

**Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Henderson & Asuhan Keperawatan Pemenuhan
Kebutuhan Dasar Manusia Dengan Pendekatan SDKI, SLKI dan SIKI PPNI**

Penulis:

Ns. Lince Siringo ringo, M.Kep., Sp.Kep. An.
Andi Fajriansi, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ester Radandima, S.Kep, Ns., M.Kep.
Dr. Ns. Yunie Armiyati, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Ns. Leni Wijaya, S.Kep., M.Kes.
Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Mei Widyawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Deni Metri, S.Kep., M.Kes.
Lidya Maryani, S. Kep., Ners., M.M., M. Kep.
Siti Rukayah, SKp., M.Kep.
Novita Dewi, S.Kep., Ns., M.Biomed.
Ns. Reni, S. Kep., M.Kep.
Ns. Aida Yulia, S.Kep., M.Kep.
Subandiyo, S.Pd., S.Kep., Ns., M.Kes.
Mintje M.Nendissa. S.Pd., S.Kep., M.Kes.
Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.
Ns. Maesaroh, M.Kep.
Febby Adolf Metekohy, S.SiT., M.Kes.

Desain Sampul:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8549-37-5

Cetakan Pertama: **Mei, 2024**

Hak Cipta Tahun

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © Tahun

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Puji Syukur kepada Tuhan dengan tersusunya Buku "**Keperawatan Dasar: Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Henderson & Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia Dengan Pendekatan SDKI, SLKI dan SIKI PPNI**", merupakan sebuah upaya untuk memahami dan menerapkan prinsip-prinsip dasar keperawatan yang dikemukakan oleh karya Virginia Henderson, seorang tokoh keperawatan yang menuliskan tentang 14 kebutuhan dasar manusia, dan merupakan hal penting dalam dunia keperawatan.

Konsep keperawatan Virginia Henderson diterima secara luas dalam praktik keperawatan saat ini. Teorinya dan 14 komponennya relatif sederhana, logis, dan dapat diterapkan pada individu dari segala usia. Teori Kebutuhan dasar Henderson juga dapat diterapkan pada praktik keperawatan sebagai cara perawat menetapkan tujuan berdasarkan 14 komponen Henderson. 14 komponennya Kebutuhan dasar Manusia menurut Henderson terdiri dari, Komponen Fisiologis , Aspek Psikologis Berkomunikasi dan Belajar, Rohani dan Moral, Berorientasi Sosiologis pada Pekerjaan dan Rekreasi.

Henderson menekankan bahwa setiap individu memiliki kebutuhan dasar yang harus terpenuhi untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Perawat berperan dalam fungsinya sebagai pelaksana asuhan langsung kepada klien untuk memenuhi kebutuhan dasar klien tidak sekadar memberikan perawatan fisik, tetapi juga memberikan perhatian emosional, sosial, dan spiritual. Pentingnya pendekatan holistik dalam memberikan asuhan keperawatan, artinya, perawat harus mempertimbangkan semua aspek kebutuhan klien; fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Kemandirian pasien merupakan tujuan dari asuhan keperawatan, perawat menolong klien untuk mencapai tingkat kemandirian yang sesuai dengan kondisi klien dan keluarga. Perawat wajib memahami dan menghormati nilai-nilai budaya pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka. Pentingnya kerjasama tim dalam memberikan perawatan yang efektif. Perawat harus menjalankan peran dalam memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mereka tentang bagaimana mereka dapat mengelola kondisi kesehatan mereka sendiri dan mencegah masalah yang mungkin timbul di masa depan. Henderson juga menekankan pentingnya penggunaan sumber daya yang tepat untuk memenuhi kebutuhan pasien. Ini termasuk memanfaatkan teknologi medis, peralatan, dan dukungan sosial yang tersedia dan pada akhirnya perawat dapat memberikan perawatan yang holistik,

berorientasi pada pasien, dan berfokus pada memenuhi kebutuhan dasar manusia secara efektif.

Melalui penelusuran mendalam terhadap konsep-konsep yang disajikan oleh Henderson, buku ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang keperawatan dasar, konsep serta asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dasar klien serta memberikan panduan praktis bagi mahasiswa keperawatan, sehingga setelah lulus dan menjadi perawat praktisi, akan menerapkan prinsip-prinsip ini dalam praktik di berbagai tata layanan kesehatan.

Buku ini juga menggunakan asuhan sesuai dengan standar diagnosis, intervensi, luaran dan SOP yang dikeluarkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), sehingga akan memudahkan pembaca untuk menerapkannya dalam pelaksanaan asuhan kepada klien yang menjadi kelolaannya, baik individu, kelompok maupun masyarakat.

Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam pembuatan buku ini, terutama kepada para praktisi keperawatan yang telah berbagi pengalaman dan pengetahuan mereka. Semoga buku ini dapat menjadi sumber inspirasi dan panduan yang berharga bagi semua yang terlibat dalam pelayanan kesehatan, serta menjadi tonggak dalam peningkatan mutu asuhan keperawatan di masa yang akan datang.

Selamat membaca!
Hormat kami,

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 KEBUTUHAN DASAR MANUSIA MENURUT VIRGINIA HENDERSON	1
A. Biografi Virginia Henderson	3
B. Karya Virginia Henderson.....	4
C. Prinsip dan Praktik Keperawatan.....	4
D. Prinsip Dasar Asuhan Keperawatan.....	4
E. Teori Keperawatan Virginia Henderson.....	5
F. Konsep Utama Teori Kebutuhan Keperawatan.....	5
G. Komponen Teori Kebutuhan Dasar Manusia Virginia.....	6
H. Perbandingan Teori kebutuhan Henderson dengan Hierarki Kebutuhan Maslow.....	7
I. Latihan.....	8
J. Rangkuman Materi.....	9
K. Daftar Pustaka	10
BAB 2 KONSEP DAN PRINSIP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA MENURUT HENDERSON: BERNAFAS DENGAN NORMAL	11
A. Konsep Dasar Respirasi	13
B. Sistem Pernapasan	13
C. Mekanisme Pernapasan	19
D. Pengkajian Pernafasan/ Respirasi.....	20
E. Diagnosis Pernapasan Menurut SDKI PPNI.....	25
F. Latihan.....	30
G. Daftar Pustaka	32
BAB 3 KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: ELIMINASE	33
A. Konsep Teori Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Virginia Handerson	35
B. Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Virginia Henderson	35
C. Konsep Eliminasi	36
D. Fisiologi Eliminasi.....	37
E. Asuhan Keperawatan Eliminasi.....	39
F. Latihan.....	48
G. Rangkuman Materi.....	50
H. Daftar Pustaka	50

BAB 4 KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: BERGERAK DAN DAPAT MEMPERTAHANKAN POSTUR TUBUH DENGAN BAIK.....	51
A. Definisi dan Konsep Dasar	54
B. Pergerakan Normal Tubuh.....	56
C. Jenis Latihan (<i>exercise</i>)	59
D. Faktor yang Mempengaruhi Keseimbangan / Postur Tubuh (<i>Body Alignment</i>) dan Pergerakan (<i>Mobilisasi</i>)	61
E. Penyebab Imobilisasi.....	64
F. Manfaat Latihan dan Pergerakan (mobilisasi).....	65
G. Bahaya atau Akibat dari Kurang Bergerak (Imobilisasi)	68
H. Latihan.....	74
I. Rangkuman Materi.....	75
J. Daftar Pustaka	76
BAB 5 KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: TIDUR DAN ISTIRAHAT	77
A. Pengertian.....	79
B. Fisiologi Tidur.....	80
C. Tahapan Tidur	80
D. Faktor Yang Mempengaruhi Kuantitas Dan Kualitas Tidur.....	82
E. Gangguan Tidur Yang Umum Terjadi.....	85
F. Konsep Asuhan Keperawatan Kebutuhan Istirahat dan Tidur	86
G. Latihan.....	93
H. Rangkuman Materi.....	95
I. Daftar Pustaka	96
BAB 6 KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: BERPAKAIAN ..	97
A. Konsep Dasar Manusia Menurut Virginia Henderson.....	99
B. Personal Hygiene	99
C. Faktor Yang Mempengaruhi Personal Hygiene.....	99
D. Etika dalam Perkembangan Busana	101
E. Intervensi Keperawatan berdasarkan SIKI	102
F. Latihan.....	103
G. Rangkuman Materi.....	103
H. Daftar Pustaka	104
BAB 7 MEMPERTAHANKAN SUHU TUBUH DALAM KISARAN NORMAL ..	105
A. Individu	108
B. Lingkungan.....	108
C. Kesehatan.....	108

D. Perawatan	109
E. Komponen Teori Kebutuhan Dasar Manusia.....	109
F. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pengaturan Suhu Tubuh	110
G. Mekanisme Termoregulasi Dalam Kondisi Normal.....	111
H. Faktor-Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Suhu Tubuh	112
I. Pengkajian Tentang Status Kesehatan Pasien.....	113
J. Diagnosa Keperawatan Terkait Dengan Pengaturan Suhu Tubuh	115
K. Intervensi Keperawatan Untuk Membantu Pasien Mempertahankan Suhu Tubuh.....	116
L. Latihan.....	121
M. Rangkuman Materi.....	124
N. Daftar Pustaka	126
BAB 8 KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: <i>KEEP THE BODY CLEAN AND WELL GROOMED AND PROTECT THE INTEGUMENT (MENJAGA TUBUH TETAP BERSIH DAN MELINDUNGI KULIT)</i>	127
A. Lapisan/Struktur Kulit.....	129
B. Beberapa Gangguan Pada Kulit.....	131
C. Tindakan Pencegahan Agar Tidak Terjadi Gangguan Pada Kulit	133
D. Konsep Asuhan Keperawatan	133
E. Latihan.....	137
F. Rangkuman Materi.....	138
G. Daftar Pustaka	138
BAB 9 KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: MENGHINDARI BAHAYA LINGKUNGAN DAN MENGHINDARI CEDERA ORANG LAIN	139
A. Kategori Bahaya Lingkungan	141
B. Faktor-Faktor Paparan Lingkungan terhadap Bahaya	143
C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan Manusia Mengenali Bahaya dan Melindungi Diri dari Bahaya	143
D. Manajemen Keselamatan Lingkungan	146
E. Pencegahan Cedera	146
F. Latihan.....	148
G. Rangkuman Materi.....	149
H. Daftar Pustaka	150
BAB 10 KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: BERKOMUNIKASI DENGAN ORANG LAIN	151
A. Konsep Komunikasi.....	153
B. Tingkatan Komunikasi.....	153

C.	Elemen Proses Komunikasi	154
D.	Bentuk Komunikasi.....	155
E.	Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi.....	156
F.	Komunikasi Proses Keperawatan.....	159
G.	Pengkajian	159
H.	Diagnosa Keperawatan.....	160
I.	Implementasi	165
J.	Evaluasi Keperawatan.....	168
K.	Latihan.....	169
L.	Rangkuman Materi.....	171
M.	Daftar Pustaka	172
BAB 11 KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: MEMPERCAYAI KEIMANAN/KETUHANAN		173
A.	Konsep Spiritual.....	175
B.	Kebutuhan Spiritual Dalam Perawatan	179
C.	Konsep Askek Spiritual.....	181
D.	Latihan.....	199
E.	Rangkuman Materi.....	201
F.	Daftar Pustaka	202
BAB 12 KONSEP DAN PRINSIP ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA: KEBERSIHAN DAN PERAWATAN DIRI		205
A.	Defenisi	206
B.	Tanda dan Gejala	206
C.	Penyebab (Etiologi)	207
D.	Faktor faktor yang mempengaruhi perawatan diri.....	207
E.	Dampak Defisit Perawatan Diri.....	208
F.	Kriteria hasil.....	208
G.	Intervensi	208
H.	Latihan.....	211
I.	Rangkuman Materi.....	212
J.	Daftar Pustaka	212
BAB 13 ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR: INTEGRITAS KULIT; LUKA		213
A.	Konsep Luka.....	215
1.	Pengertian Luka.....	215
2.	Mekanisme Terjadinya Luka	215

3. Tingkat Kontaminasi Terhadap Luka	215
4. Klasifikasi Luka	216
5. Proses Penyembuhan Luka.....	217
6. Komplikasi Luka.....	219
B. Asuhan Keperawatan Luka.....	219
1. Pengkajian Luka	219
2. Diagnosis Keperawatan.....	221
3. Intervensi Keperawatan.....	222
4. Implementasi Keperawatan.....	222
5. Evaluasi Keperawatan	222
C. Latihan.....	223
D. Rangkuman Materi.....	225
E. Daftar Pustaka	226
BAB 14 KEBUTUHAN AKTIVITAS DAN LATIHAN.....	227
A. Konsep Teori Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat	230
1. Definisi	230
2. Fisiologi Pergerakan	231
3. Tanda dan Gejala	233
4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas dan Istirahat.....	233
5. Macam-Macam Gangguan Yang Dapat Terjadi.....	234
6. Penatalaksanaan	236
B. Konsep Keperawatan.....	236
1. Pengkajian	236
2. Masalah Keperawatan.....	238
3. Perencanaan Keperawatan	238
4. Implementasi Keperawatan	240
5. Evaluasi	241
C. Pendekatan Teori Keperawatan yang Digunakan.....	243
1. Konsep Utama Model Adaptasi Keperawatan Sister Callista Roy	243
2. Hubungan Teori Roy dengan Studi Kasus.....	244
D. <i>Evidence Based Practice in Nursing</i>	245

1.	Pengetian	245
2.	Tujuan.....	245
3.	Indikasi	245
4.	Kontraindikasi	245
5.	Prosedur Pemberian dan Rasionalisasi.....	245
6.	Kriteria Evaluasi	249
E.	Daftar Pustaka	250
BAB 15 ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KDM ISTIRAHAT DAN TIDUR....		253
A.	Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur	255
1.	Definisi	255
2.	Faktor Yang Mempengaruhi Kuantitas dan Kualitas Tidur	255
3.	Gangguan Tidur	256
B.	Konsep Asuhan Keperawatan Kebutuhan Istirahat dan Tidur	258
1.	Pengkajian Keperawatan	258
2.	Riwayat Tidur.....	258
3.	Catatan tentang Tidur.....	259
4.	Gejala Klinis.....	259
C.	Pemeriksaan Fisik.....	260
1.	Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang	260
2.	Penetapan Diagnosis.....	260
D.	Perencanaan dan Implementasi.....	263
E.	Evaluasi Keperawatan.....	263
F.	Latihan.....	264
G.	Rangkuman Materi.....	265
H.	Daftar Pustaka	266
BAB 16 ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KDM: MANAJEMEN NYERI.....		267
A.	Definisi Nyeri	269
B.	Penyebab Nyeri	269
C.	Teori Nyeri	270
D.	Fisiologi Nyeri.....	271
E.	Klasifikasi Nyeri.....	272
F.	Pengukuran Skala Nyeri.....	274
G.	Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri.....	277

H.	<i>Evidence Based Practice In Nursing</i>	279
I.	Asuhan Keperawatan Dengan Ganggauan Kebutuhan Dasar Manusia: Manajemen Nyeri	280
J.	Latihan.....	288
K.	Rangkuman Materi.....	288
L.	Daftar Pustaka	289
BAB 17 ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KDM: NUTRISI		291
A.	Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan	294
B.	Proses Pemenuhan Nutrisi	299
C.	Kebutuhan Nutrisi Sel	300
D.	Organ Pencernaan Sel (Lisosom).....	300
E.	Ekstraksi Energi Dari Zat Gizi.....	301
F.	Hormon-Hormon Terkait Dengan Kebutuhan Nutrisi Makro Dan Mikro Nutrient.....	302
G.	Nutrisi Makro Dan Mikro	305
H.	Metabolisme Karbohidrat, Lemak, Protein	310
I.	Pembentukan Urea.....	311
J.	Keadaan Kenyang dan Puasa.....	311
K.	Tanda dan gejala kecukupan nutrisi	312
L.	Pengkajian Keperawatan Pemenuhan Nutrisi	314
M.	Diagnosa Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Menurut SDKI.....	316
N.	Perencanaan Keperawatan Pemenuhan Nutrisi Menurut SLKI dan SIKI	320
O.	Latihan.....	334
P.	Rangkuman Materi.....	335
Q.	Daftar Pustaka	336
BAB 18 ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KDM ELIMINASI URINE DAN FEKAL/BOWEL		337
A.	Eliminasi Urine.....	339
B.	Eliminasi Fekal	345
C.	Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi Urine dan Fekal dengan Pendekatan SDKI, SLKI dan SIKI	349
D.	Latihan.....	363
F.	Rangkuman Materi.....	366
G.	Pustaka	366
PROFIL PENULIS		367

BAB 1

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA MENURUT VIRGINIA HENDERSON

Andi Fajriansi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Pendahuluan

Judul : Kebutuhan Dasar Manusia menurut Virginia Henderson

Pengantar Penulis : Kebutuhan dasar manusia merupakan suatu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi untuk mempertahankan kelangsungan hidup manusia. Kebutuhan dasar manusia meliputi kebutuhan bio, psiko, sosial, spiritual dan kultural baik dan memandang manusia secara individu, keluarga dan masyarakat. Teori kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson yang meliputi metaparadigma keperawatan, teori kebutuhan dasar manusia dan komponen kebutuhan dasar manusia.

Tujuan Buku : Memberikan pemahaman yang komprehensif tentang teori kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson. Perawat dalam melaksanakan peran dan fungsinya harus mampu memahami kebutuhan dasar manusia dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap klien baik saat sehat maupun sakit. Dalam ilmu keperawatan ada beberapa teori yang membahas tentang kebutuhan dasar manusia, salah satunya teori yang dicetuskan oleh Virginia Henderson.

Sasaran Pembaca : Buku tentang teori pemenuhan kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson bisa menjadi sumber referensi atau informasi bagi tenaga kesehatan khususnya perawat dan mahasiswa keperawatan baik jenjang vokasi maupun profesional agar bisa lebih memahami teori keperawatan kebutuhan dasar manusia sehingga bisa membantu dalam pelaksanaan pelayanan pemberian asuhan keperawatan.

Isi Buku : Buku ajar ini membahas tentang biografi singkat Virginia Henderson, prinsip dan praktik keperawatan, teori keperawatan Virginia Henderson, konsep

utama teori kebutuhan dasar manusia, komponen teori kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson

Metode Pembelajaran : Buku ajar ini dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dengan metode Ceramah dan diskusi

Pendekatan Pembelajaran : metode pembelajaran pada buku ajar pemenuhan kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson dengan pendekatan pembelajaran aktif yang dilengkapi analisis diskusi teori kebutuhan dasar manusia, latihan soal dan teknologi pembelajaran (simulasi video atau gambar).

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional yang ingin dicapai yaitu setelah mengikuti kegiatan pembelajaran diharapkan mahasiswa akan mampu memahami konsep teori dan prinsip kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson.

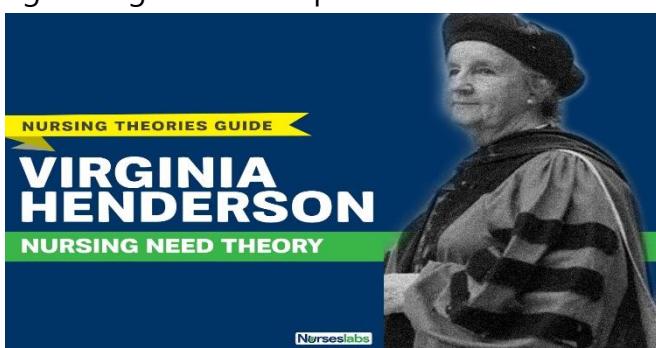
Capaian pembelajaran yang diharapkan setelah mengikuti kegiatan pembelajaran mahasiswa akan mampu :

1. Memahami konsep dan teori keperawatan menurut Virginia Henderson
2. Memahami komponen kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson

URAIAN MATERI

A. Biografi Virginia Henderson

Virginia Henderson memiliki nama lengkap Virginia Avenel Henderson (30 November 1897- 19 Maret 1996). Henderson lahir di Kansas City, Missouri, anak kelima dari delapan bersaudara dari pasangan Lucy Minor Abbot dan Daniel B. Henderson. Pada usia 4 tahun dia kembali ke Virginia dan memulai sekolah milik kakeknya Willian richardson Abbot. Pada tahun 1921, ia menerima gelar Diploma Keperawatan di Komunitas Sekolah Keperawatan Angkatan Darat di Rumah Sakit Walter Reed di Washington DC, pada tahun 1923 Henderson mulai mengajar keperawatan di Rumah Sakit Protestan Norfolk di Virginia, pada tahun 1929 ia masuk Teacher College di Universitas Columbia untuk gelar sarjana dan pada tahun 1932 dan mengambil gelar Master pada tahun 1934.



Gambar 1.1 Virginia Henderson

Pada tahun 1921 setelah menerima gelar diploma, Henderson bekerja di Henry Street Visiting Nurse service selama dua tahun setelah lulus, setelah dua tahun dia awalnya berencana untuk beralih profesi tetapi keinginan kuatnya untuk membantu profesi keperawatan menggagalkan rencananya. Dia membantu memperbaiki pandangan perawat selama bertahun-tahun melalui penelitian mendalam yang membantu membangun landasan intelektual profesinya. Dari tahun 1924-1929 dia bekerja sebagai instruktur dan direktur pendidikan di Rumah Sakit Protestan Norfolk, Virginia. Tahun berikutnya pada 1930 dia menjadi seupervisor perawat dan instruktur klinis di departemen rawat jalan Rumah Sakit Strong Memorial, Rochester New York.

Tahun 1934-1948, 14 tahun karirnya dia bekerja sebagai instruktur dan profesor di Teacher College, Universitas Columbia di New York, sejak tahun 1953, Henderson menjadi peneliti di Yale University School of Nursing dan peneliti emeritus (1971-1996).

Virginia Henderson juga dikenal sebagai "*The First Lady Nursing*", "*The Nightingale of Modern Nursing*", "*Modern-Day Mother of Nursing*", and "*The 20th Century Florence Nightingale*".

B. Karya Virginia Henderson

Virginia Herderson menjadi penulis 3 buku yaitu :

1. *Principles and Practices of Nursing*, tahun 1939
2. *Basic Principles of Nursing*, tahun 1966
3. Revisi "*Basic Principles of Nursing*" tahun 1972 diterbitkan dalam 27 bahasa oleh *International Council of Nurses*

Pencapaian yang luar biasa adalah proyek penelitian dimana ia mengumpulkan, meninjau, mengkatalogkan, mengklasifikasikan, memberi anotasi dan melakukan referensi silang terhadap setiap penelitian keperawatan yang diterbitkan dalam bahasa inggris sehingga menghasilkan 4 jilid "*Nursing Research : Survey and Assessment*" ditulis bersama Leo Simmons dan diterbitkan pada tahun 1964, dan 4 jilid "*Nursing Studies Index*" selesai pada tahun 1972.

C. Prinsip dan Praktik Keperawatan

Virginia Henderson ikut serta menulis buku teks '*Principles and Practice of Nursing*' edisi kelima tahun 1955 dan edisi keenam tahun 1978 kala itu penulis aslinya Bertha Harmer meninggal dunia. Hingga pada 1975, edisi kelima buku tersebut merupakan buku teks keperawatan dalam bahasa inggris dan spanyol yang paling banyak diadopsi oleh berbagai sekolah keperawatan.

Pada usia ke 75 tahun, ia memulai edisi keenam dari buku teks '*Principles and Practice of Nursing*', selama 50 tahun karirnya dibidang keperawatan dia merancang sebuah karya yang sepenuhnya mengkritik layanan kesehatan dan menawarkan perawat berkesempatan untuk memperbaiki kekurangannya. Buku tersebut menjelaskan pelayanan kesehatan akan direformasi oleh masing-masing perawat yang akan memungkinkan pasien untuk mandiri dalam urusan pelayanan kesehatan ketika pasien dididik dan didorong untuk merawat dirinya sendiri. Dan ini menjadi referensi bagi mereka yang ingin menjaga kesehatan diri sendiri atau keluarganya yang sakit.

D. Prinsip Dasar Asuhan Keperawatan

Pada tahun 1953, dia sepenuhnya menulis ulang buku teks Harmer dan henderson "*Principles and Practice of Nursing*". Ketika buku tersebut diterbitkan, Henderson diminta oleh "*International Council of Nursing*" untuk menulis esai

tentang keperawatan yang dianggap dapat diterapkan di belahan dunia manapun dan relevan bagi perawat dan pasiennya baik sakit maupun sehat.

The Basic Principles of Nursing dihasilkan oleh ICN, 1960 dan menjadi salah satu buku penting dalam keperawatan dan dianggap setara dengan catatan Nightngale tentang Keperawatan abad ke 20. Publikasi ICN ini tersedia dalam 29 bahasa dan saat ini digunakan di seluruh dunia.

E. Teori Keperawatan Virginia Henderson

Virginia Henderson mengembangkan teori kebutuhan untuk mendefinisikan fokus praktik keperawatan. Teori tersebut berfokus pada pentingnya meningkatkan kemandirian pasien untuk mempercepat kemajuannya di rumah sakit. Teori henderson menekankan pada kebutuhan dasar manusia dan bagaimana perawat dapat memenuhi kebutuhan tersebut.

Henderson percaya bahwa fungsi yang dilakukan perawat pada dasarnya adalah fungsi independen yaitu bertindak untuk pasien ketika pasien kekurangan pengetahuan, kekuatan fisik atau kemauan untuk bertindak sendiri seperti yang biasa dilakukan. Fungsi ini dipandang kompleks dan kreatif karena menawarkan peluang terbatas untuk menerapkan ilmu-ilmu fisika, biologi dan sosial serta pengembangan keterampilan berdasarkan ilmu-ilmu tersebut.

Asumsi teori kebutuhan Virginia Henderson adalah :

1. Perawat merawat pasien sampai mereka dapat merawat dirinya sendiri
2. Keinginan pasien untuk kembali sehat
3. Perawat bersedia melayani dan perawat akan mengabdikan dirinya kepada siang dan malam
4. Pikiran dan tubuh tidak dapat dipisahkan dan saling berhubungan

F. Konsep Utama Teori Kebutuhan Keperawatan

Konsep paradigma keperawatan dari teori kebutuhan Virginia Henderson

1. Individu

Henderson menyatakan bahwa individu mempunyai kebutuhan kesehatan dasar dan memerlukan bantuan untuk mencapai kesehatan dan kemandirian atau kematian yang damai. Individu bisa mencapai keutuhan dengan menjaga keseimbangan fisiologis dan emosional.

Individu sebagai Pasien sebagai seseorang yang membutuhkan asuhan keperawatan tetapi tidak membatasi keperawatan pada perawatan penyakit. Teorinya menampilkan pasien sebagai kumpulan bagian yang

memiliki kebutuhan biopsikososial dan pikiran serta tubuh tidak dapat dipisahkan.

2. Lingkungan

Meskipun teori kebutuhan tidak secara eksplisit mendefinisikan lingkungan, Henderson menyatakan bahwa menjaga lingkungan yang mendukung dan kondusif bagi kesehatan.

3. Kesehatan

Meskipun tidak didefinisikan secara eksplisit dalam teori kebutuhan henderson, kesehatan diartikan sebagai keseimbangan dalam seluruh bidang kehidupan manusia. Hal ini disamakan dengan kemandirian atau kemampuan melakukan aktivitas tanpa bantuan.

Disisi lain, perawat adalah kunci dalam meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit dan menyembuhkan. Kesehatan yang baik merupakan sebuah tantangan karena dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia, latar belakang budaya, emosi dll.

4. Keperawatan

Virginian Henderson menulis definisi keperawatannya sebelum pengembangan teori keperawatan. Henderson mendefinisikan keperawatan sebagai fungsi unik karena membantu individu baik sakit maupun sehat dalam melakukan aktivitas yang berkontribusi terhadap kesehatan atau pemulihan yang dapat dilakukannya tanpa bantuan jika ia memiliki kekuatan, kemauan atau pengetahuan yang diperlukan.

Perawat harus menjadi praktisi independen yang mampu membuat penilaian independen. Dalam karyanya *Nature of Nursing*, ia menyatakan bahwa peran perawat adalah menyerap ke dalam diri pasien dan melengkapi kekuatan, kemauan, atau pengetahuannya sesuai dengan kebutuhannya. Perawat bertanggungjawab untuk menilai kebutuhan pasien, membantu mereka memenuhi kebutuhan kesehatan, dan menyediakan lingkungan dimana pasien dapat melakukan aktivitas tanpa bantuan.

G. Komponen Teori Kebutuhan Dasar Manusia Virginia

Ada 14 komponen teori kebutuhan Virginia Henderson yang menunjukkan pendekatan holistik yang mencakup kebutuhan fisiologis, psikologis, spiritual dan sosial.

- Komponen Fisiologis

1. Bernapas dengan normal
 2. Makan dan minum secara adekuat
 3. Eliminasi
 4. Bergerak dan mempertahankan postur tubuh
 5. Tidur dan istirahat
 6. Berpakaian
 7. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal
 8. Menjaga tubuh tetap bersih dan melindungi kulit
 9. Menghindari bahaya lingkungan dan menghindari cedera orang lain
- Komponen Psikologis
1. Berkommunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, rasa takut atau pendapat
 2. Mempelajari, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan normal dan kesehatan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia
- Komponen Spritual
3. Ibadah menurut keimanannya
- Komponen Sosial
4. Bekerjalah sedemikian rupa sehingga ada rasa pencapaian
 5. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi

H. Perbandingan Teori kebutuhan Henderson dengan Hierarki Kebutuhan Maslow

Perbandingan antara teori kebutuhan Henderson dan Hierarki Maslow yaitu

- ✓ Komponen 1 -9 teori kebutuhan Henderson berada dibawah kebutuhan fisiologis Maslow
- ✓ Komponen ke 9 teori kebutuhan Henderson berada dibawah kebutuhan keamanan Maslow
- ✓ Komponen ke 10 dan ke 11 teori kebutuhan Henderson berada dibawah kebutuhan cinta dan mencintai Maslow
- ✓ Komponen ke 12, 13, dan 14 teori kebutuhan Henderson berada dibawah kebutuhan harga diri Maslow

I. Latihan

Untuk mengevaluasi pemahaman materi diatas silahkan lanjutkan menyelesaikan latihan dibawah !

1. Apa nama julukan Virginia Henderson dalam keperawatan?
2. Apa nama teori keperawatan yang dicetuskan oleh Virginia Henderson?
3. Ada berapa komponen kebutuhan dasar manusia menurut Vinginia Henderson?
4. Sebutkan komponen kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual yang sesuai dengan teori kebutuhan Henderson?
5. Jelaskan paradigma keperawatan menurut teori kebutuhan Henderson?

Petunjuk jawaban latihan

Silahkan dibaca ulang kembali materi bab I Kebutuhan dasar Manusia menurut Virginia Henderson

J. Rangkuman Materi

Virginia Henderson (30 November 1897- 19 Maret 1996) lahir di Kansas City, Missouri. Pada tahun 1921, Henderson memperoleh gelar Diploma keperawatan, sejak saat itu dia sudah menjadi perawat dan tahun 1934-1948, 14 tahun karirnya dia bekerja sebagai instruktur dan profesor di Teacher College, Universitas Columbia di New York, sejak tahun 1953, Henderson menjadi peneliti di Yale University School of Nursing dan peneliti emeritus (1971-1996). Virginia Henderson juga dikenal sebagai "The First Lady Nursing", "The Nightingale of Modern Nursing", "Modern-Day Mother of Nursing ", and "The 20th Century Florence Nightingale".

Pada tahun 1953, dia sepenuhnya menulis ulang buku teks Harmer dan henderson "*Principles and Practice of Nursing*". Ketika buku tersebut diterbitkan, Henderson diminta oleh "*International Council of Nursing*" untuk menulis esai tentang keperawatan yang dianggap dapat diterapkan di belahan dunia manapun dan relevan bagi perawat dan pasiennya baik sakit maupun sehat. *The Basic Principles of Nursing* dihasilkan oleh ICN, 1960 dan menjadi salah satu buku penting dalam keperawatan dan dianggap setara dengan catatan Nightngale tentang Keperawatan abad ke 20. Publikasi ICN tersedia dalam 29 bahasa dan saat ini digunakan di seluruh dunia.

Virginia Henderson mengembangkan teori kebutuhan untuk mendefinisikan fokus praktik keperawatan. Teori tersebut berfokus pada pentingnya meningkatkan kemandirian pasien untuk mempercepat kemajuannya di rumah sakit. Teori henderson menekankan pada kebutuhan dasar manusia dan bagaimana perawat dapat memenuhi kebutuhan tersebut.

Ada 14 komponen teori kebutuhan Virginia Henderson yang menunjukkan pendekatan holistik yang mencakup kebutuhan fisiologis, psikologis, spiritual dan sosial.

➤ Komponen Fisiologis

1. Bernapas dengan normal
2. Makan dan minum secara adekuat
3. Eliminasi
4. Bergerak dan mempertahankan postur tubuh
5. Tidur dan istirahat
6. Berpakaian
7. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal
8. Menjaga tubuh tetap bersih dan melindungi kulit
9. Menghindari bahaya lingkungan dan menghindari cedera orang lain

- Komponen Psikologis
 1. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, rasa takut atau pendapat
 2. Mempelajari, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan normal dan kesehatan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia
- Komponen Spritual
 1. Ibadah menurut keimanannya
- Komponen Sosial
 1. Bekerjalah sedemikian rupa sehingga ada rasa pencapaian
 2. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi

K. Daftar Pustaka

Gonzalo, A. (2023, JULY 2). BSN,RN. diakses 03 20, 2024, dari <http://nurseslabs.com/virginia-henderson-need-theory/>

Mubarak, Wahit Iqbal.,Lilis Indrawati.,& Joko Susanto.(2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar (hal.3-24).Jakarta:Salemba Medika

Potter,P.A. & Perry,A.G. (2020). Fundamental of Nursing .10th edition. Singapore: Elsevier.

BAB 2

KONSEP DAN PRINSIP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA MENURUT HENDERSON: BERNAPAS DENGAN NORMAL

Ns. Lince Siringo ringo, M.Kep., Sp.Kep.An.

Pendahuluan

Konsep dan Prinsip Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Henderson: Bernafas dengan Normal.

14 komponen Teori Kebutuhan Virginia Henderson menunjukkan pendekatan keperawatan holistik yang mencakup kebutuhan fisiologis, psikologis, spiritual, dan sosial. Komponen Fisiologis: Bernapaslah dengan normal; Makan dan minum secukupnya; Menghilangkan kotoran tubuh; Gerakkan dan pertahankan postur yang diinginkan; Tidur dan istirahat; Pilih pakaian yang cocok – berpakaian dan menanggalkan pakaian; Pertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian dan memodifikasi lingkungan; Menjaga kebersihan dan kerapian badan serta melindungi kulit; Hindari bahaya di lingkungan dan hindari melukai orang lain. Konsep keperawatan Virginia Henderson diterima secara luas dalam praktik keperawatan saat ini. Teorinya dan 14 komponennya relatif sederhana, logis, dan dapat diterapkan pada individu dari segala usia (Vera, M, 2024).

Fungsi utama sistem pernapasan manusia adalah menyediakan pasokan oksigen (O_2) yang konstan bagi tubuh dan mengeluarkan karbondioksida (CO_2). Otot dan struktur dada menciptakan pergerakan mekanis udara masuk dan keluar paru-paru yang disebut ventilasi dengan tujuan untuk mencapai fungsi sistem pernafasan yang adekuat. Respirasi mencakup ventilasi dan pertukaran gas pada tingkat alveolar di mana darah teroksidasi dan karbon dioksida dikeluarkan. Pengkajian pernafasan, penting bagi perawat dan juga mahasiswa keperawatan untuk memahami struktur eksternal dan internal yang terlibat dengan pernafasan dan ventilasi. Pengkajian yang sistematis dan valid akan memudahkan mahasiswa keperawatan dan perawat untuk menegakkan diagnosis keperawatan, selanjutnya

akan menetapkan intervensi dan luaran yang diharapkan dan akhirnya dapat melakukan evaluasi setelah intervensi di implementasikan pada pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

Penulis sebagai dosen keperawatan, memulai karir sebagai perawat praktisi di rumah sakit selama kurun waktu yang cukup lama, lebih dari sepuluh tahun, berperan sebagai sebagai perawat pelaksana, perawat ketua tim, perawat kepala ruangan, dan sebagai *Clinical instruktur* mahasiswa yang melakukan praktik di ruangan.

Sasaran Pembaca:

Buku ini dapat digunakan oleh mahasiswa Diploma Tiga Keperawatan baik semasa pendidikan maupun setelah lulus dan menjadi perawat.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

Setelah memahami tentang Konsep Dasar Manusia: Bernafas dengan Normal, Mahasiswa dapat mencapai kompetensi antara lain:

1. Menjelaskan definisi dan konsep dasar kebutuhan dasar manusia: Bernafas dengan normal
 - Menjelaskan tentang sistem pernafasan
 - Menjelaskan Mekanisme pernafasan
2. Menjelaskan pengkajian pernafasan
3. Menjelaskan Diagnosis pernafasan menurut SDKI PPNI
4. Menjelaskan keterampilan pernafasan menurut standar Profesi Perawat

URAIAN MATERI

A. Konsep Dasar Respirasi

Tugas utama sistem pernapasan manusia adalah mengeluarkan karbon dioksida (CO_2) dari tubuh dan memasok oksigen (O_2) ke tubuh secara terus menerus. Ventilasi, merupakan aliran mekanis udara masuk dan keluar dari paru-paru, dimungkinkan oleh otot dan struktur dada untuk melakukan aktivitas ini. Pada tingkat alveolar, pertukaran gas, yang sering disebut respirasi, terjadi ketika darah teroksigenasi dan karbon dioksida dikeluarkan.

Tiga Tahapan pertukaran gas antara udara linkungan dengan darah adalah (1) Ventilasi, merupakan perpindahan udara ke dalam dan keluar paru; (2) difusi, perpindahan gas antara ruang udara di paru dan pembuluh darah dan (3) perfusi, perpindahan darah ke dalam dan keluar kapiler paru menuju organ tubuh dan jaringan. Ventilasi dan difusi dikerjakan oleh sistem pernafasan, sedangkan perfusi dikerjakan oleh sistem kardiovaskular.

B. Sistem Pernapasan

1. Zona Konduksi

Zona konduksi adalah bagian dari sistem pernapasan yang bertanggung jawab untuk membawa udara dari luar tubuh ke zona pernafasan di dalam paru-paru. Zona ini tidak terlibat dalam pertukaran gas secara langsung, tetapi berperan dalam proses transportasi udara dari hidung atau mulut ke alveoli. Zona pernapasan merupakan tempat terjadinya pertukaran gas. Tujuan utama zona konduksi adalah untuk membiarkan udara masuk dan keluar, menyaring polutan dan kotoran dari udara yang masuk, serta menghangatkan dan melembabkan udara. Epitel bronkial yang melapisi paru-paru memiliki kemampuan untuk mencerna karsinogen tertentu di udara, sedangkan epitel saluran hidung sangat penting untuk mendeteksi bau. Silia epitel pernapasan membantu membersihkan rongga hidung dari lendir dan kotoran, dengan terus berdetak. Udara dingin memperlambat aktivitas silia, yang menyebabkan penumpukan lendir dan dapat menyebabkan pilek saat cuaca dingin. Zona konduksi terdiri dari: (1)Trakea, Saluran Napas Utama, Trakea adalah saluran napas utama yang menghubungkan laring dengan bronkus. Trakea terdiri dari cincin-cincin kartilago yang memberikan dukungan struktural dan mencegah runtuhnya saluran napas; (2) Bronkus, Bronkus adalah saluran napas yang bercabang

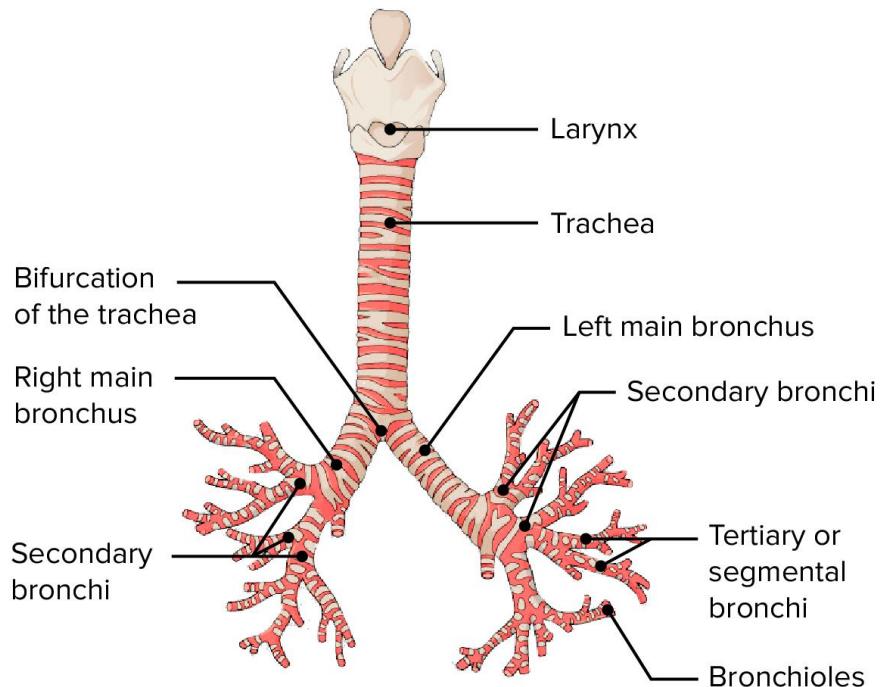
dari trachea menuju ke kedua paru-paru. Ada dua bronkus, yaitu bronkus kanan dan bronkus kiri, yang memasuki paru-paru masing-masing. Bronkus terdiri dari dinding yang terdiri dari kartilago dan otot polos yang berfungsi untuk mengatur diameter saluran napas; (3) Bronkiolus: Bronkiolus adalah saluran napas yang lebih kecil yang bercabang dari bronkus, tidak memiliki kartilago dalam struktur dindingnya, tetapi masih mengandung otot polos. Bronkiolus berperan dalam mengatur aliran udara menuju dan dari zona pernafasan; (4) Bronkiolus Terminalis, Bronkiolus terminalis adalah cabang-cabang terkecil dari bronkiolus yang membawa udara ke arah alveoli. Bronkiolus Terminalis merupakan titik di mana zona konduksi berakhir dan zona pernafasan dimulai. Gangguan pada zona konduksi dapat menyebabkan masalah pernapasan seperti penyumbatan saluran napas, penyempitan bronkus (asma), atau infeksi saluran napas bagian atas.

2. Bronchial Tree

Bronchial tree adalah sistem saluran pernapasan yang terdiri dari saluran-saluran bronkial dan bronkiolus paru-paru, bertanggung jawab untuk membawa udara masuk dan keluar dari paru-paru dan memungkinkan pertukaran oksigen dan karbon dioksida di dalam tubuh. Pada karna, trachea terbagi menjadi bronkus utama kiri dan kanan. Berbagai cabang bronkus ini bersama-sama disebut sebagai pohon bronkial, kadang-kadang dikenal sebagai *Bronchial tree/pohon pernapasan*. Tujuan utama bronkus adalah untuk memungkinkan udara masuk dan keluar dari setiap paru. Selain itu, bakteri dan kotoran terperangkap oleh selaput lendir. Bronkus tersier membentuk bronkiolus. Bronkiolus berdiameter 1 mm terus bercabang hingga mencapai bronkiolus terminal yang sangat kecil, yang mengarah ke struktur pertukaran gas. Setiap paru-paru mengandung lebih dari 1.000 bronkiolus terminal. Berbeda dengan bronkus, dinding otot bronkiolus tidak memiliki tulang rawan dan dinding otot ini bisa bergeser.

Bronchial tree terdiri dari: Struktur, *Bronchial tree* dimulai dari trachea, kemudian bercabang menjadi dua bronkus primer (bronkus kanan dan kiri). Setiap bronkus primer kemudian membagi menjadi bronkus sekunder dan bronkus tersier yang lebih kecil. Bronkus - bronkus ini berlanjut menjadi bronkiolus dan akhirnya mencapai alveoli, tempat terjadinya pertukaran gas. Fungsi, Fungsi utama *bronchial tree* adalah untuk mengatur aliran udara masuk dan keluar dari paru-paru, serta memfasilitasi pertukaran oksigen dan

karbon dioksida di dalam alveoli. *Bronkial tree* juga berperan dalam membersihkan udara dari partikel-partikel berbahaya dengan mekanisme pembersihan seperti batuk dan *mukosiliar clearance*; Sumber Oksigen, Oksigen yang dibutuhkan untuk proses pernapasan didapatkan dari udara yang masuk ke dalam sistem pernapasan. Udara yang masuk ke paru-paru mengandung oksigen (O_2) yang kemudian diserap oleh alveoli dan masuk ke dalam peredaran darah melalui pembuluh darah kapiler; Sumber Karbon Dioksida: Karbon dioksida (CO_2) yang dihasilkan sebagai produk samping dari metabolisme sel-sel tubuh dibawa oleh aliran darah ke paru-paru. CO_2 tersebut dilepaskan ke dalam alveoli dan kemudian dibuang keluar dari tubuh saat mengeluarkan nafas; Regulasi dan Pengendalian: Aktivitas *bronkial tree* dikendalikan oleh sistem saraf otonom (otoritas yang tidak sadar) dan juga dipengaruhi oleh faktor-faktor eksternal seperti aktivitas fisik, paparan zat-zat kimia, dan kondisi lingkungan. Saat kita melakukan aktivitas fisik yang berat, *bronkial tree* akan melebar untuk meningkatkan aliran udara ke paru-paru.



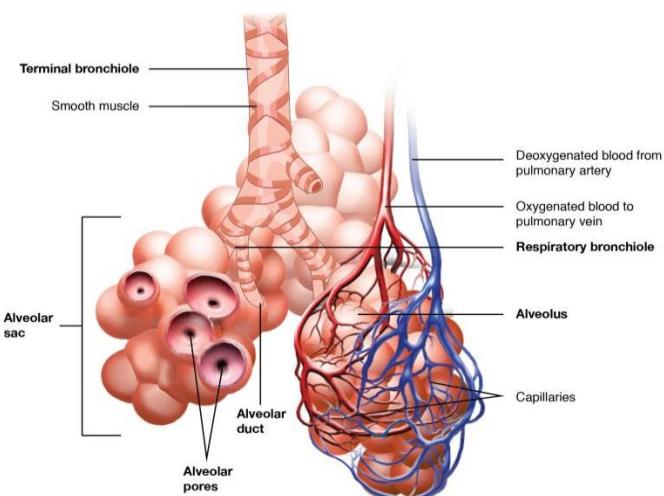
Gambar 2.1 Bronchial Tree

Sumber: <https://cdn.lecturio.com/assets/Anterior-view-of-the-larynx-trachea-and-bronchial-tree.png>

3. Zona Pernafasan/ Respiratory Zone

Komponen utama dari zona pernafasan adalah (1) Alveoli, Alveoli adalah kantong-kantong udara kecil yang merupakan tempat terjadinya pertukaran gas. Pada Alveoli oksigen dari udara yang masuk ke paru-paru akan berdifusi ke dalam pembuluh darah kapiler yang mengelilingi alveoli, sedangkan karbon dioksida dari darah akan berdifusi ke dalam alveoli untuk dibuang saat kita mengeluarkan nafas (2) Bronkiolus Respiratori, Bronkiolus respiratori adalah bronkiolus yang sangat kecil dan merupakan bagian dari jaringan paru-paru yang langsung menghubungkan bronkiolus terminalis dengan alveoli, berfungsi sebagai jalur utama untuk aliran udara menuju dan dari alveoli (3) Dinding Alveolus, Dinding alveolus terdiri dari lapisan tipis jaringan epitel dan kapiler darah. Struktur ini sangat penting karena memungkinkan pertukaran gas yang efisien melalui proses difusi (4) Kapiler Darah: Kapiler darah adalah pembuluh darah yang sangat kecil dan berada sangat dekat dengan alveoli, dan membawa darah dari jantung ke paru-paru dan kembali ke jantung setelah terjadi pertukaran gas.

Zona pernafasan berperan penting dalam menjaga keseimbangan gas dalam tubuh manusia. Oksigen yang diperlukan untuk metabolisme sel-sel tubuh diserap dari alveoli ke dalam darah, sedangkan karbon dioksida yang dihasilkan sebagai produk samping metabolisme sel-sel tubuh dibuang dari darah ke alveoli untuk kemudian dikeluarkan dari tubuh melalui proses pernafasan.



Gambar 2.2 Zona Pernapasan

Sumber: <https://wtcs.pressbooks.pub/pharmacology2e/chapter/5-2-basic-concepts-of-the-respiratory-system/>

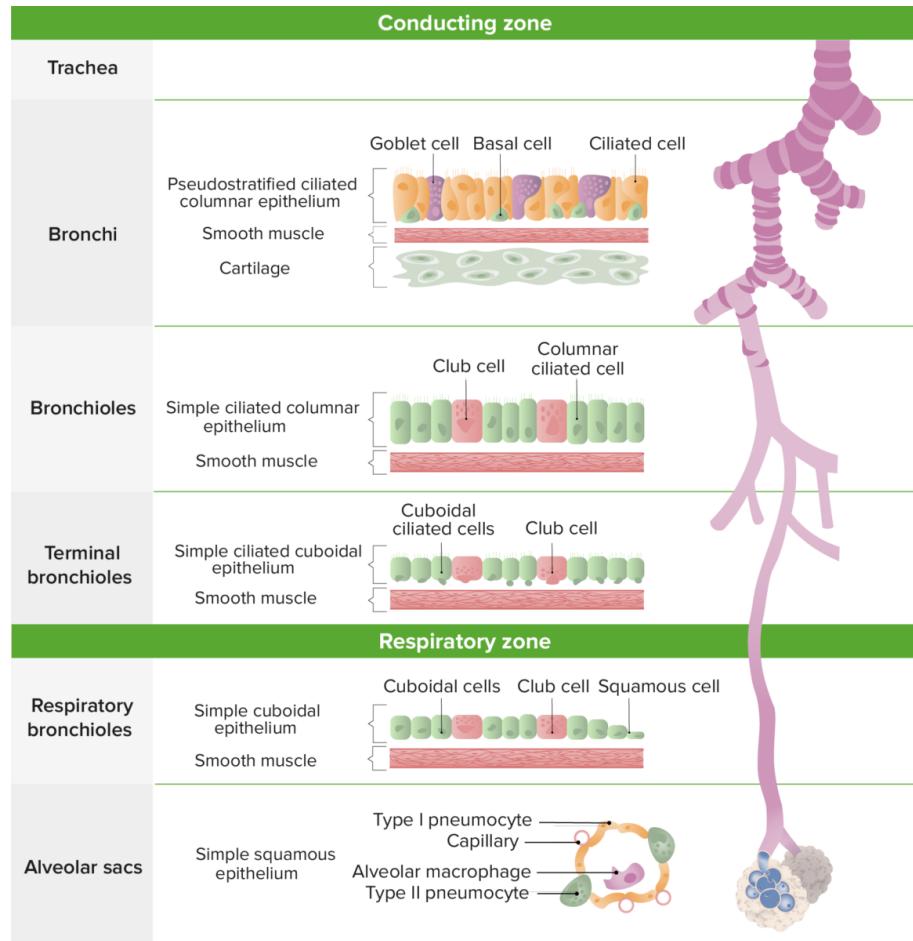
4. Anatomi mikroskopik zona konduksi dan zona pernafasan

Anatomi mikroskopik zona konduksi dan zona pernafasan merupakan hal yang penting yang dipahami oleh perawat dan mahasiswa keperawatan karena dapat membantu memahami struktur dan fungsi yang mendasari proses pernapasan. Berikut adalah penjelasan singkat tentang anatomi mikroskopik dari kedua zona tersebut:

- a. Anatomi Mikroskopik Zona Konduksi: Trachea (Saluran Napas Utama).

Pada tingkat mikroskopik, trachea terdiri dari lapisan epitel yang bersilia, yang dikenal sebagai epitel silier. Epitel silier ini memiliki sel-sel berambut getar (silia) yang membantu dalam pengangkutan lendir dan partikel asing dari saluran napas. Di bawah epitel, terdapat lapisan mukosa yang mengandung kelenjar lendir dan sel-sel kelenjar yang menghasilkan lendir untuk melindungi saluran napas dari benda asing; Bronkus dan Bronkiolus. Struktur mikroskopik bronkus dan bronkiolus mirip dengan trachea, dengan lapisan epitel silier dan kelenjar lendir yang membantu dalam membersihkan dan melindungi saluran napas. Namun, bronkiolus lebih kecil dan tidak memiliki cincin kartilago seperti pada trachea dan bronkus. Selain itu, otot polos di dinding bronkiolus dapat menyempitkan atau memperlebar saluran napas untuk mengatur aliran udara.

- b. Anatomi Mikroskopik Zona Pernafasan; Alveoli, Alveoli adalah struktur mikroskopik utama dalam zona pernafasan. Alveoli berbentuk kantong-kantong kecil dengan dinding yang sangat tipis yang terdiri dari satu lapisan sel epitel tipis. Di sekitar alveoli, terdapat pula pembuluh darah kapiler yang sangat kecil, merupakan tempat pertukaran gas, di mana oksigen dari udara di alveoli melewati membran alveolar ke dalam kapiler darah, sementara karbon dioksida dari darah melewati membran alveolar ke dalam alveoli untuk dikeluarkan dari tubuh saat kita mengeluarkan nafas.



Gambar 2.3 Mikroskopi zona konduksi & zona pernafasan

Sumber: <https://cdn.lecturio.com/assets/Conducting-and-respiratory-zone-1159x1200.png>

5. Laju Pernapasan dan Pengendalian Ventilasi/ Respiratory Rate and Control of Ventilation

Pemahaman tentang laju pernapasan (*respiratory rate*) dan pengendalian ventilasi (*control of ventilation*) merupakan konsep dasar yang penting dalam merawat pasien dengan gangguan pernapasan atau kondisi yang memengaruhi fungsi pernapasan.

a. Laju Pernapasan (*Respiratory Rate*)

Laju pernapasan mengacu pada jumlah napas yang diambil oleh seseorang dalam satu menit. Normalnya, laju pernapasan pada orang dewasa adalah sekitar 12-20 napas per menit.

b. Pengendalian Ventilasi (*Control of Ventilation*)

Pengendalian ventilasi mengacu pada regulasi otomatis dari laju pernapasan dan volume pernapasan untuk mempertahankan kadar

oksin (O₂) dan karbon dioksida (CO₂) dalam darah dalam kisaran yang normal. Sistem pengendalian ventilasi melibatkan interaksi kompleks antara otak, saraf, dan sistem pernapasan.

Sentral Ventilasi, merupakan Pusat pengendalian pernapasan terletak di dalam otak, terutama di batang otak dan medulla oblongata. Ada dua pusat utama yang mengontrol pernapasan: pusat inspirasi dan pusat ekspirasi. Pusat inspirasi merangsang kontraksi otot pernapasan untuk menghasilkan inspirasi (inhalasi), sementara pusat ekspirasi merangsang relaksasi otot pernapasan untuk menghasilkan ekspirasi (ekshalasi). Reseptor Pernapasan, terdapat berbagai jenis reseptor pernapasan yang memberikan umpan balik ke otak tentang kadar O₂, CO₂, dan pH dalam darah dan cairan serebrospinal. Reseptor-pernapasan ini termasuk reseptor karotid dan aorta (reseptor baroreseptor) yang mendeteksi perubahan tekanan O₂ dan CO₂ dalam darah, serta reseptor kimia pusat yang merespons perubahan pH dalam cairan serebrospinal.

C. Mekanisme Pernapasan

Mekanisme pernafasan terdiri dari:

1. Inspirasi (Inhalasi)

Proses inspirasi dimulai dengan kontraksi otot-otot pernapasan utama, termasuk diafragma dan otot-otot interkostal. Kontraksi diafragma menyebabkan diafragma menurun ke arah abdomen, memperluas rongga dada. Kontraksi otot-otot interkostal mengangkat dan memperlebar dinding dada. Penurunan tekanan udara di dalam rongga dada menyebabkan udara masuk ke dalam paru-paru melalui saluran pernapasan.

2. Eksiprasi (Ekshalasi):

Proses eksiprasi dimulai ketika otot-otot pernapasan berrelaksasi setelah inspirasi. Diafragma akan kembali ke posisi datar dan otot-otot interkostal akan mengendur. Penurunan volume rongga dada menyebabkan peningkatan tekanan udara di dalam paru-paru, memaksa udara keluar melalui saluran pernapasan.

3. Pengendalian Otak:

Pusat pengendalian pernapasan terletak di batang otak, terutama di medulla oblongata. Pusat inspirasi dan eksiprasi di dalam otak mengatur aktivitas otot-otot pernapasan untuk mengatur laju dan kedalaman pernapasan.

Umpulan balik dari reseptor pernapasan di arteri karotid dan aorta memberi informasi kepada otak tentang kadar O₂, CO₂, dan pH dalam darah untuk mengatur pola pernapasan.

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pernapasan

Berbagai faktor dapat mempengaruhi mekanisme pernapasan, termasuk aktivitas fisik, tekanan O₂ dan CO₂ dalam darah, pH darah, emosi, dan kondisi medis seperti gangguan pernapasan atau penyakit jantung.

D. Pengkajian Pernafasan/ Respirasi

(Ernstmeyer K, Christman E, 2021; **Invalid source specified.**

1. Penilaian subjektif

Pertanyaan anamnesis untuk Penilaian Subjektif Sistem Pernafasan
PEDIATRI

- a) Apakah anak Anda mendapatkan informasi terkini tentang imunisasi yang direkomendasikan?
- b) Apakah anak Anda mengalami gejala pilek (seperti pilek, batuk, atau hidung tersumbat) yang berulang?
- c) Bagaimana nafsu makan anak Anda? Apakah akhir-akhir ini ada penurunan atau perubahan nafsu makan atau popok basah?
- d) Apakah anak Anda mempunyai riwayat rawat inap terkait penyakit pernapasan?
- e) Apakah ada terapi pernafasan yang biasa diberikan di rumah?
- f) Apakah ada riwayat penyakit paru kronik?
- g) Apakah anak Anda mempunyai riwayat infeksi telinga yang sering terjadi saat masih bayi?
- h) Apakah anak anda terpajan dengan asap rokok?]

DEWASA

- i) Pernahkah Anda memperhatikan perubahan pada pernapasan Anda?
- j) Apakah Anda sesak napas saat melakukan aktivitas yang belum pernah Anda lakukan sebelumnya?
- k) Bisakah Anda menggambarkan tingkat energi Anda? Apakah ada perubahan dari sebelumnya?

2. Penilaian Objektif

Penilaian obyektif pernapasan mencakup interpretasi tanda-tanda vital; pemeriksaan pola pernapasan pasien, warna kulit, dan status pernapasan; palpasi untuk mengidentifikasi kelainan; dan auskultasi bunyi paru

menggunakan stetoskop. Untuk informasi lebih lanjut mengenai interpretasi tanda-tanda vital. Perawat harus memiliki pemahaman tentang apa yang diharapkan dari usia pasien, jenis kelamin, perkembangan, ras, budaya, faktor lingkungan, dan kondisi kesehatan saat ini untuk menentukan makna dari data yang dikumpulkan.

a) Evaluasi Tanda Vital

Tanda-tanda vital dapat dilakukan oleh perawat. Evaluasi pembacaan laju pernapasan dan oksimetri nadi untuk memastikan pasien stabil sebelum melanjutkan dengan pemeriksaan fisik. Kisaran normal laju pernapasan orang dewasa adalah 12 - 20 napas per menit saat istirahat, dan kisaran normal saturasi oksigen darah adalah angka 100 – 95% (SpO₂). Saturasi oksigen adalah ukuran berapa banyak hemoglobin yang saat ini terikat dengan oksigen dibandingkan dengan berapa banyak hemoglobin yang masih tidak terikat. Penggunaan oksimetri nadi telah menjadi standar pelayanan medis, sering dianggap sebagai tanda vital kelima, oleh karena itu, praktisi keperawatan harus memahami fungsi dan keterbatasan oksimetri nadi, dan juga harus memiliki pengetahuan dasar tentang saturasi oksigen. Bradipnea kurang dari 12 napas per menit, dan takipnea lebih dari 20 napas per menit.

- b) Laju pernapasan di luar kisaran normal atau tingkat saturasi oksigen kurang dari 95% menunjukkan gangguan pernapasan atau ventilasi dan memerlukan tindak lanjut. Terdapat proses penyakit, seperti penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), di mana pasien secara konsisten menunjukkan saturasi oksigen di bawah normal. Perubahan frekuensi pernapasan merupakan tanda awal memburuknya kondisi pasien, dan kegagalan untuk mengenali perubahan tersebut dapat berakibat buruk.

c) Inspeksi

Inspeksi pada pengkajian pernafasan meliputi observasi tingkat kesadaran, kecepatan pernafasan, pola dan usaha, warna kulit, konfigurasi dada, dan simetri pemuaian.

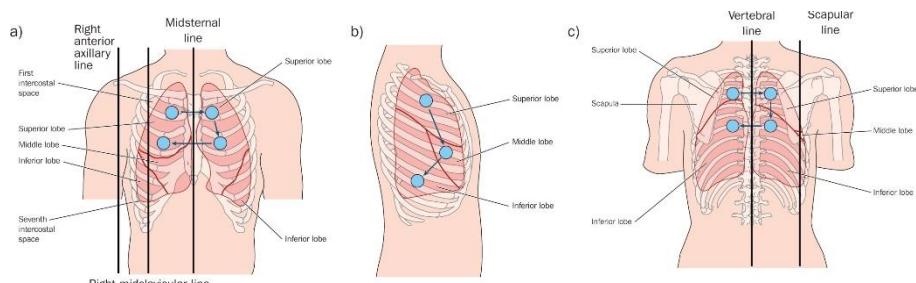
- Kaji tingkat kesadarannya.

Pasien harus waspada dan kooperatif. Hipoksemia (kadar oksigen dalam darah rendah) atau hiperkapnia (kadar karbon dioksida dalam darah tinggi) dapat menyebabkan penurunan tingkat kesadaran, mudah tersinggung, cemas, gelisah, atau kebingungan.

- Hitung laju pernapasan selama satu menit penuh. Kisaran normal laju pernapasan orang dewasa adalah 12 - 20 napas per menit.
- Amati pola pernapasan, termasuk ritme, usaha, dan penggunaan otot tambahan . Upaya pernapasan harus dilakukan tanpa susah payah dan dalam ritme yang teratur.
- Amati kedalaman pernapasan dan catat apakah pernapasan dangkal atau dalam. Pernapasan bibir yang mengerucut, hidung melebar, pernapasan yang terdengar, retraksi interkostal , kecemasan, dan penggunaan otot tambahan merupakan tanda-tanda kesulitan pernapasan. Inspirasi harus berlangsung setengah dari durasi ekspirasi dalam hal ini rasio inspirasi-ekspirasi meningkat menjadi 1:1.
- Amati pola eksipirasi dan posisi pasien. Pasien yang mengalami kesulitan mengeluarkan udara, seperti penderita emfisema, mungkin mengalami siklus eksipirasi yang berkepanjangan. Beberapa pasien mungkin mengalami kesulitan bernapas khususnya saat berbaring. Gejala ini disebut orthopnea. Klien yang mengalami kesulitan bernapas yang parah mungkin akan merasakan kelegaan bernafas karena meningkatkan eksipansi paru adalah saat berada dalam posisi tripod. Klien duduk di sisi tempat tidur dengan kaki menjuntai ke lantai. Pasien kemudian dapat meletakkan lengannya di atas meja di atas tempat tidur untuk memungkinkan eksipansi paru-paru secara maksimal. Posisi ini meniru posisi yang sama yang mungkin diambil di akhir lomba lari saat membungkuk dan meletakkan tangan di atas lutut untuk mengatur napas.
- Amati warna bibir, wajah, tangan, dan kaki pasien. Pasien dengan warna kulit terang harus berwarna merah muda. Bagi mereka yang memiliki warna kulit lebih gelap, periksa pucat pada telapak tangan, konjungtiva, atau bagian dalam bibir bawah. Sianosis adalah perubahan warna kebiruan pada kulit, bibir, dan dasar kuku, yang mungkin mengindikasikan penurunan perfusi dan oksigenasi. Pucat adalah hilangnya warna, atau pucatnya kulit atau selaput lendir dan biasanya disebabkan oleh berkurangnya aliran darah, oksigenasi, atau penurunan jumlah sel darah merah.
- Periksa dada untuk simetri dan konfigurasi. Trachea harus berada di garis tengah, dan tulang selangka harus simetris. Perhatikan letak

tulang rusuk, tulang dada, tulang selangka, dan tulang belikat, serta lobus di bawah paru-paru. Pergerakan dada harus simetris pada saat inspirasi dan ekspirasi.

- Amati diameter anterior-posterior dada pasien dan bandingkan dengan diameter transversal. Rasio anteroposterior-transversal yang diharapkan adalah 1:2. Seorang pasien dengan rasio 1:1 digambarkan sebagai pasien yang berdada barel . Rasio ini sering terlihat pada pasien penyakit paru obstruktif kronik akibat hiperinflasi paru. Pasien yang lebih tua mungkin mengalami perubahan pada anatominya, seperti kifosis , kelengkungan tulang belakang ke arah luar.
- Amati wajah pasien apakah ada pucat, sianosis sentral, atau asimetri.
- Periksa apakah ada jari tabuh jika pasien mempunyai riwayat penyakit pernapasan kronis. Clubbing adalah pembesaran bulat pada ujung jari akibat hipoksia kronis.



Gambar 2.4
Landmark toraks. a) Dada anterior; b) dada lateral kanan; c) dada belakang

▪ Tangan

Perhatikan tangan untuk mencari tanda-tanda sianosis perifer, noda tar, eritema palmar, memar, dan vena melebar. Clubbing adalah pembesaran fokus jaringan ikat di falang terminal jari dan dikonfirmasi dengan tanda Schamroth positif. Clubbing dikaitkan dengan gangguan pernafasan seperti tumor paru-paru dan bronkiektasis, dan kadang-kadang terlihat pada endokarditis dan penyakit jantung.



Gambar 2.5 Jari tabuh/ *Clubbing of the Fingers*

d) Rabaan/Palpasi

Palpasi dada dapat dilakukan untuk menyelidiki area kelainan yang berhubungan dengan cedera atau komplikasi prosedur. Misalnya, jika pasien mempunyai selang dada atau baru saja melepas selang tersebut, perawat dapat melakukan palpasi di dekat tempat pemasangan selang untuk menilai area kebocoran udara atau krepitus. Krepitasi terasa seperti sensasi meletup atau berderak saat kulit diraba dan merupakan tanda adanya udara terperangkap di bawah jaringan subkutan.

Palpasi pada dada, gunakan tekanan ringan dengan ujung jari untuk memeriksa dinding dada anterior dan posterior. Palpasi dada dapat dilakukan untuk menilai secara spesifik adanya pertumbuhan, massa, krepitus, nyeri, atau nyeri tekan. Pastikan ekspansi dada simetris dengan meletakkan tangan di dada anterior atau posterior pada ketinggian yang sama, dengan ibu jari di atas tulang dada di anterior atau tulang belakang di posterior. Saat pasien menarik napas, ibu jari pemeriksa harus bergerak terpisah secara simetris. Ekspansi yang tidak merata dapat terjadi pada pneumonia, trauma toraks, seperti patah tulang rusuk, atau pneumotoraks.

Setelah pemeriksaan menyeluruh, palpasi dada untuk menilai nyeri tekan atau massa dinding dada, gesekan atau gesekan pleura, fremitus bronkial dan taktil. Fremitus taktil adalah getaran yang dirasakan dengan meletakkan permukaan telapak tangan masing-masing tangan di dada secara bersamaan dan simetris serta meminta pasien mengulangi kata sembilan puluh sembilan. Getaran yang berkurang atau tidak ada pada suatu area menunjukkan adanya cairan atau udara di luar paru-paru, misalnya pneumotoraks atau efusi pleura. Namun,

peningkatan getaran menunjukkan peningkatan kepadatan jaringan karena konsolidasi, kolaps lobar, atau tumor. Terakhir, periksa ekspansi dada dengan mendekatkan ibu jari pada garis tengah pasien dan meminta pasien untuk bernapas (A Potter, & Perry, 2021)

e) Ketuk/Perkusi

Perkusi dada melibatkan penempatan satu jari dengan kuat pada dinding dada dan memukulnya dengan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang berlawanan. Volume dan nada menunjukkan perubahan konsistensi jaringan di bawahnya. Saat melakukan perkusi catat suara yang tidak bersifat resonan (Armstrong K,2019).

Tabel 2.1 Nada Perkusi Terdengar Di Dada

Jenis nada	Indikasi
Resonan	Jaringan paru-paru normal
Datar	Area padat seperti otot atau tulang
Membosankan	Area berisi cairan seperti pneumonia, atelektasis, atau efusi pleura. Daerah hati atau jantung
timpani	Biasanya terdengar di area dengan udara berlebihan seperti pneumotoraks atau perut
Hiper-resonansi	Terdengar di area hiperinflasi seperti pneumotoraks, asma, atau emfisema

f) Auskultasi

- Evaluasi suara dada anterior dan posterior serta pada area axila dengan menggunakan diafragma stetoskop, Dengarkan pergerakan udara melalui saluran udara selama inspirasi dan ekspirasi. Anjurkan pasien untuk menarik napas dalam-dalam melalui mulut. Dengarkan seluruh siklus pernapasan karena suara yang berbeda mungkin terdengar saat inspirasi dan ekspirasi.
- Perhatikan keadekuatan pengisian udara. Suara nafas harus sama di kedua sisi, intensitas dan tinggi suara nafas harus sama di semua lapang paru. Pada pernafasan normal fase inspirasi lebih lembut dan lebih lama disbanding fase ekspirasi. Bunyi nafas normal pada inspirasi dan ekspirasi.

E. Diagnosis Pernapasan Menurut SDKI PPNI

Diagnosis yang mungkin ditegakkan pada pasien dengan gangguan respirasi menurut SDKI, 2017 adalah:

1. D.0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Definisi: Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.

2. D.0002 Gangguan Penyapihan Ventilator

Definisi : ketidakmampuan beradaptasi dengan pengurangan bantuan ventilator mekanik yang dapat menghambat dan memperlama proses penyapihan

3. D.0003 Gangguan Pertukaran Gas.

Definisi : Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eleminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler

4. D.0004 Gangguan Ventilasi Spontan.

Definisi : Penurunan cadangan energi yang mengakibatkan individu tidak mampu bernapas secara adekuat.

5. D.0005 Pola Napas Tidak Efektif

Definisi : Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

6. D.0006 Risiko Aspirasi.

Definisi :Resiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran tracheobronchial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas

**TINGKAT KEMAMPUAN YANG HARUS DICAPAI
DALAM MENEGAKKAN DIAGNOSIS RESPIRASI**

**Tabel 2.2 Klasifikasi Tingkat kemampuan menegakkan diagnosis Respirasi
(Kementerian Kesehatan RI, 2020)**

TINGKAT KEMAMPUAN	KETERANGAN
Tingkat Kemampuan 1	Mengetahui dan menjelaskan Diagnosis Keperawatan. Lulusan Perawat mampu mengenali dan menjelaskan karakteristik Diagnosis Keperawatan dan memahami cara melengkapi informasi dan data untuk menunjang penegakan Diagnosis Keperawatan.
Tingkat Kemampuan 2	Pernah melihat atau didemonstrasikan Diagnosis Keperawatan. Lulusan Perawat mampu menetapkan/menegakkan Diagnosis Keperawatan dengan tepat dan merancang rujukan yang paling tepat bagi penanganan Klien selanjutnya, dan mampu melanjutkan intervensi Keperawatan pasca rujukan.
Tingkat Kemampuan 3	menegakkan Diagnosis Keperawatan secara terampil di bawah supervisi
3A. Bukan gawat darurat	Lulusan Perawat mampu menegakkan Diagnosis Keperawatan pada keadaan yang bukan gawat

	darurat, selanjutnya merujuk jika diperlukan penanganan lebih lanjut.
3B. Gawat darurat	Lulusan Perawat mampu menegakkan Diagnosis Keperawatan pada keadaan gawat darurat untuk penyelamatan nyawa atau mencegah keparahan dan/atau kecacatan pada Klien, dan selanjutnya merujuk Klien setelah kondisi stabil.
Tingkat Kemampuan 4	terampil menegakkan Diagnosis Keperawatan secara mandiri dan tuntas. Lulusan Perawat mampu menegakkan Diagnosis Keperawatan tersebut secara mandiri dan tuntas.

Daftar Diagnosis Keperawatan: Respirasi

Tabel 2.3 Daftar Diagnosis Keperawatan: Respirasi

Kode	Daftar Diagnosis Keperawatan	Tingkat Kemampuan	
		Vokasi	Ners
Kategori: Fisiologis			
Subkategori: Respirasi			
D.0001	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	4	4
D.0002	Gangguan Penyapihan Ventilator	2	3B
D.0003	Gangguan Pertukaran Gas	2	3B
D.0004	Gangguan Ventilasi Spontan	2	3B
D.0005	Pola Napas Tidak Efektif	4	4
D.0006	Risiko Aspirasi	3B	3B

2.2 Keterampilan yang diharapkan pada gangguan respirasi

Tabel 2.4 Daftar Keterampilan Keperawatan: Gangguan Respirasi

No.	Daftar Keterampilan	Tingkat Kemampuan	
		Vokasi	Profesi
Kategori	Fisiologis		
Subkategori	Respirasi		
1.	Dukungan ventilasi dengan bag-valve-mask	3	4
2.	Edukasi latihan napas	4	4
3.	Edukasi pengaturan posisi	4	4
4.	Edukasi ketidakseimbangan asam-basa	3	4
5.	Edukasi teknik batuk efektif	4	4
6.	Ekstubasi selang endotrakheal	1	2
7.	Fisioterapi dada	3	4
8.	Latihan batuk efektif	4	4
9.	Latihan pernapasan	4	4

10.	Latihan pursed-lip breathing	3	4
11.	Pemantauan hasil analisa gas darah	3	4
12.	Pemantauan posisi selang endotrakeal (ETT)	3	3
13.	Pemantauan respirasi	3	4
14.	Pemantauan saturasi oksigen	4	4
15.	Pemantauan tanda dan gejala gagal napas	3	4
16.	Pemantauan tanda dan gejala hipoksia (gelisah, agitasi, penurunan kesadaran)	3	4
17.	Pemantauan tanda dan gejala ketidakseimbangan asam basa	2	3
18.	Pemantauan tanda-tanda hiperventilasi	3	4
19.	Pemasangan jalan napas buatan (ETT)	1	2
20.	Pemasangan jalan napas buatan (LMA)	2	2
21.	Pemasangan jalan napas buatan (OPA dan NPA)	3	4
22.	Pembebasan jalan napas (head tilt, chin lift, jaw trust, in line)	3	4
23.	Pemberian (Administering) Obat inhalasi	3	4
24.	Pemberian (Administering) Obat intrapleura	1	2
25.	Pemberian (Administering) Obat nasal	3	4
26.	Pemberian oksigen dengan masker rebreathing atau non rebreathing	2	3
27.	Pemberian oksigen dengan masker wajah	4	4
28.	Pemberian oksigen dengan nasal kanul	4	4
29.	Pencegahan aspirasi	4	4
30.	Pengambilan sampel darah arteri	2	3
31.	Pengambilan sampel darah kapiler	4	4
32.	Pengambilan sampel darah vena	4	4
33.	Pengaturan posisi Fowler	4	4
34.	Pengaturan posisi semi Fowler	4	4
35.	Pengaturan ventilasi mekanik	1	2
36.	Pengeluaran sumbatan benda padat dengan forceps McGill	2	3
37.	Penggantian sirkuit ventilator	1	2
38.	Penggunaan alat pelindung diri	4	4
39.	Penghisapan jalan napas	3	4
40.	Pengubahan posisi ETT	2	2
41.	Perawatan hidung	3	4
42.	Perawatan selang dada	3	4
43.	Perawatan trakheostomi	3	4
44.	Skrining tuberkulosis	3	4
45.	Teknik relaksasi napas dalam	4	4

Tingkat Keterampilan:

1. Mampu memahami untuk diri sendiri
2. Mampu memahami dan menjelaskan
3. Mampu memahami, menjelaskan, dan melaksanakan di bawah supervisi
4. Mampu memahami, menjelaskan, dan melaksanakan secara mandiri

F. Latihan

Soal pilihan ganda tentang kebutuhan dasar manusia: bernafas dengan normal:

1. Tugas utama sistem pernapasan manusia adalah:
 - A. mengeluarkan karbon dioksida (CO_2).
 - B. memasok oksigen (O_2) ke tubuh secara terus menerus
 - C. Menjaga keberlangsungan kehidupan
 - D. memasok (CO_2) ke tubuh secara terus menerus & mengeluarkan karbon (O_2)

E. mengeluarkan karbon dioksida (CO_2) & memasok oksigen (O_2) ke tubuh secara terus menerus
2. Ventilasi, merupakan aliran mekanis udara masuk dan keluar dari paru-paru, dimungkinkan oleh otot dan struktur dada untuk melakukan aktivitas ini. Pertukaran gas, yang sering disebut respirasi, terjadi ketika darah teroksigenasi dan karbon dioksida dikeluarkan, peristiwa ini terjadi pada:
 - A. **Pada tingkat alveolar**
 - B. Pada area Trachea
 - C. Pada area Brochial tree
 - D. Pada Paru – paru
 - E. Mulai dari hidung sampai Alveoli
3. Pengendalian Ventilasi (*Control of Ventilation*), mengacu pada regulasi otomatis dari laju pernapasan dan volume pernapasan untuk mempertahankan kadar oksigen (O_2) dan karbon dioksida (CO_2) dalam darah dalam kisaran yang normal. Sentral Ventilasi, merupakan Pusat pengendalian pernapasan terletak di area?
 - A. Pons
 - B. Hipotalamus
 - C. Otak besar (Cerebrum)
 - D. Otak kecil (Cerebelum)

E. Batang otak & medulla oblongata.
4. Apa yang terjadi pada tubuh ketika bernafas tidak normal?
 - A. Tubuh menjadi lebih rileks
 - B. Jumlah sel darah merah meningkat
 - C. Meningkatkan kemampuan fisik

D. Menyebabkan kekurangan oksigen dalam darah

 - E. Mempercepat proses pencernaan

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pernapasan
 - A. Nutrisi
 - B. Immunitas
 - C. Aktivitas fisik, emosi**
 - D. Faktor lingkungan
 - E. Faktor ekonomi
6. Pada pengkajian respirasi dapat ditemukan Jari tabuh/ *Clubbing of the Fingers*. Penyebab dari kondisi tersebut adalah...
 - A. Kelainan jantung bawaan
 - B. kadar oksigen darah rendah yang kronis**
 - C. Kelaianan bawaan
 - D. Gangguan pada jari – jari
 - E. Gangguan aktivitas
7. Bagaimana cara menjaga agar bisa bernafas dengan normal?
 - A. Mengonsumsi makanan berlemak
 - B. Menghindari aktivitas fisik
 - C. Melakukan latihan pernapasan yang teratur**
 - D. Minum air putih dalam jumlah yang sedikit
 - E. Tidur selama 12 jam sehari
8. Posisi yang dapat membantu mengembangkan ekspansi dada, dengan posisi diatas tempat tidur yang bertompang di atas overbed table (yang dinaikan dengan ketinggian yang sesuai) dan bertumpu pada kedua tangan dengan posisi kaki ditekuk kearah dalam. Posisi ini disebut sebagai posisi?
 - A. Semi Fowler
 - B. Posisi tripod**
 - C. Posisi Fowler
 - D. Supine
 - E. Posisi SIM
9. Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten, merupakan pernyataan pada diagnosis?
 - A. Risiko Aspirasi.
 - B. Pola Napas Tidak Efektif
 - C. Gangguan Pertukaran Gas
 - D. Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif**
 - E. Gangguan Penyapihan Ventilator

10. Hipoksemia (kadar oksigen dalam darah rendah) atau hiperkapnia (kadar karbon dioksida dalam darah tinggi) dapat menyebabkan
- A. Meningkatkan konsentrasi dan fokus
 - B. Penurunan tingkat kesadaran**
 - C. Mempercepat proses penyembuhan luka
 - D. Menurunkan denyut jantung
 - E. Meningkatkan daya tahan terhadap penyakit

Kunci Jawaban

NO	Jawaban	NO	Jawaban
1.	E	6.	B
2.	A	7.	C
3.	E	8.	B
4.	D	9.	D
5.	C	10.	B

G. Daftar Pustaka

Gonzalo, A. (2023, JULY 2). BSN,RN. Retrieved 03 20, 2024, from <http://nurseslabs.com/virginia-henderson-need-theory/>

Potter, P. (2020). *Fundamental of Nursing*. Singapore: Elsevier.

BAB 3

KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: ELIMINASE

Ester Radandima, S.Kep., Ns., M.Kep.

Pendahuluan

Manusia merupakan mahluk hidup yang paling kompleks yang diciptakan tuhan YME. Sebagai mahluk hidup, tentunya manusia memerlukan makanan dan hasil dari proses makanan tersebut akan dikeluarkan sebagai kotoran yang tidak lagi bermanfaat bagi tubuh manusia itu sendiri. Proses pengubahan dari makanan sampai menjadi sisa dinamakan proses pencernaan yang dilakukan oleh organ pencernaan di dalam tubuh manusia. Sedangkan proses pengeluaran kotoran tersebut dinamakan eliminasi.

Mata kuliah Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) merupakan materi dasar yang diberikan pada mahasiswa semester dua karena berisi konsep manusia dan cara memenuhi kebutuhan dasarnya. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Menurut Virginia Henderson, seorang perawat terkenal yang dikenal sebagai "The First Lady of Nursing" atau "Ibu Perawat Modern", konsep dasar keperawatan manusia meliputi 14 kebutuhan dasar. Salah satu prinsip dasarnya adalah eliminasi, yang mengacu pada kemampuan tubuh untuk mengeluarkan limbah dan zat-zat yang tidak dibutuhkan.

Dalam konteks keperawatan, eliminasi mencakup berbagai proses biologis yang berkaitan dengan pengeluaran limbah dari tubuh, seperti buang air besar, buang air kecil, dan pengeluaran keringat. Perawat harus memahami betapa pentingnya eliminasi untuk menjaga keseimbangan internal dan kesehatan secara keseluruhan.

Dalam praktiknya, perawat bertanggung jawab untuk memantau dan memfasilitasi proses eliminasi pasien, serta memberikan perawatan yang sesuai jika terjadi gangguan atau masalah dengan fungsi eliminasi. Ini bisa meliputi

memberikan bantuan saat pasien menggunakan toilet, memantau output urine atau feces, serta memberikan intervensi seperti katheterisasi atau bantuan diet yang sesuai untuk memperbaiki gangguan eliminasi.

Dengan memahami konsep eliminasi dalam keperawatan, perawat dapat membantu mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan pasien dengan memastikan bahwa tubuh mereka dapat membuang limbah dengan efisien dan tanpa hambatan.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional: Memahami dan Menguasai tentang Konsep kebutuhan eliminasi

Capaian Pembelajaran: Konsep Teori kebutuhan dasar manusia menurut Maslow (Kebutuhan fisiologis)

1. Mampu menjelaskan konsep teori kebutuhan dasar manusia menurut virginia Henderson
2. Mampu menjelaskan konsep eliminasi
3. Mampu memahami fisiologi dalam eliminasi
4. Mampu menjelaskan Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi
5. Mampu menguasai tentang asuhan keperawatan eliminasi
6. Mampu memahami dan menguasai Tindakan dalam upaya pemenuhan eliminasi

URAIAN MATERI

A. Konsep Teori Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Virginia Henderson

Virginia Henderson mendefinisikan kebutuhan dasar manusia sebagai seperangkat kebutuhan yang harus dipenuhi oleh individu agar dapat mencapai atau mempertahankan kesehatan yang optimal. Ia menyatakan bahwa peran perawat adalah untuk membantu individu dalam memenuhi kebutuhan ini ketika mereka tidak mampu melakukannya sendiri.

Kebutuhan dasar manusia yang dijelaskan oleh Virginia Henderson mencakup berbagai aspek kehidupan, termasuk fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Konsep ini memandang manusia sebagai makhluk yang kompleks dengan kebutuhan yang beragam, dan perawat berperan penting dalam membantu individu memenuhi kebutuhan-kebutuhan ini.

B. Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Virginia Henderson

Berikut ini 14 kebutuhan dasar manusia yang dirumuskan oleh Virginia Henderson:

1. Bernapas dengan bebas

Manusia memerlukan udara segar untuk bernapas dan memastikan oksigenasi tubuh yang cukup.

2. Makan dan minum dengan cukup

Manusia harus mendapatkan asupan makanan dan cairan yang memadai untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan serta memelihara energi.

3. Mengeluarkan sisa-sisa tubuh

Melakukan eliminasi limbah dan zat sisa tubuh adalah kebutuhan dasar, termasuk buang air besar dan buang air kecil.

4. Bergerak dan menjaga postur tubuh yang baik

Manusia memerlukan aktivitas fisik dan perawatan postur tubuh untuk menjaga kesehatan otot dan tulang.

5. Beristirahat dan tidur dengan baik

Kebutuhan tidur yang memadai untuk pemulihan fisik dan mental.

6. Mengenakan pakaian yang sesuai

Manusia harus mengenakan pakaian yang sesuai dengan iklim dan lingkungan untuk melindungi tubuh dari faktor eksternal.

7. Memelihara kebersihan tubuh

Menjaga kebersihan diri melalui mandi, perawatan gigi, dan kebiasaan-kebiasaan sanitasi lainnya.

8. Menghindari bahaya lingkungan

Melakukan tindakan yang dapat melindungi diri dari bahaya fisik atau lingkungan.

9. Berkommunikasi dengan orang lain

Manusia memerlukan komunikasi dengan orang lain untuk mencapai perasaan penerimaan dan mengembangkan hubungan sosial.

10. Memenuhi rasa aman dan nyaman

Memastikan perlindungan dari bahaya, perasaan aman, dan lingkungan yang nyaman.

11. Mengejar perkembangan pribadi

Meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman untuk mencapai tujuan hidup.

12. Berpartisipasi dalam aktivitas yang bermanfaat

Melakukan aktivitas yang memberikan kepuasan pribadi dan memberikan kontribusi kepada masyarakat.

13. Beragama atau memiliki keyakinan spiritual

Mengembangkan dan menjalankan keyakinan spiritual atau agama yang memenuhi kebutuhan rohani.

14. Memenuhi peran sosial

Menjalankan peran sosial seperti pekerjaan, keluarga, dan peran lainnya dalam masyarakat.

Kebutuhan dasar manusia ini membentuk dasar dari praktik perawatan keperawatan modern. Virginia Henderson mengajarkan kepada perawat bahwa tugas mereka adalah membantu pasien memenuhi kebutuhan ini ketika pasien tidak dapat melakukannya sendiri karena sakit atau kondisi lainnya. Konsep ini memandang perawatan kesehatan sebagai suatu upaya kolaboratif antara perawat dan pasien untuk mencapai tujuan kesehatan.

C. Konsep Eliminasi

Eliminasi merupakan proses pembuangan sisa-sisa metabolisme tubuh yang baik yang melalui ginjal berupa urin (eliminasi urine) sistem perkemihian maupun melalui gastrointestinal yang berupa fekal (eliminasi fekak/bowel/alvi) sistem pencernaan. Kebutuhan eliminasi bertujuan untuk mengeluarkan produk limbah sisa metabolisme dari tubuh.

Eliminasi pada manusia digolongkan menjadi 2 macam, yaitu:

1) Defekasi

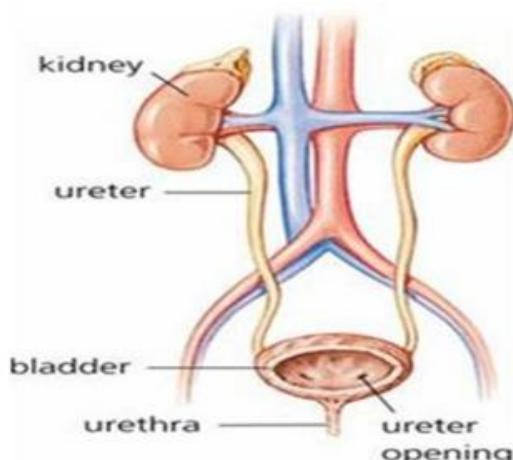
Buang air besar atau defekasi adalah suatu tindakan atau proses makhluk hidup untuk membuang kotoran atau tinja yang padat atau setengah-padat yang berasal dari sistem pencernaan (Dianawuri, 2009).

2) Miksi

Miksi adalah proses pengosongan kandung kemih bila kandung kemih terisi. Miksi ini sering disebut buang air kecil

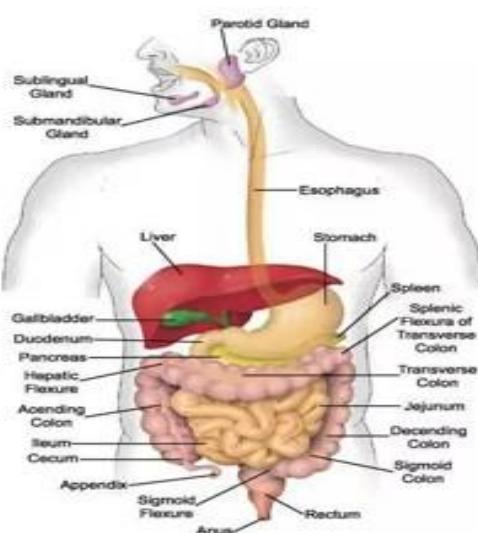
D.Fisiologi Eliminasi

- Fisiologi defekasi



Gambar 3.1

- Fisiologi miksi



Gambar 3.2

➤ Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi

- Usia
- Pola diet
- Latihan, aktivitas
- Pengobatan
- Gaya hidup
- Stres psikologis
- Tingkat perkembangan
- Kondisi patologis

Istilah yang biasa digunakan pada berbagai kondisi berkaitan dengan eliminasi urin

- Anuria
- Disuria
- Frequency
- Hematuria
- Oliguria
- Nokturia
- Enuresis
- Poliuria
- Pyuria
- Urgensi
- Dribbing

Istilah yang berkaitan dengan perubahan eliminasi bowel

- Black stools
- Rectal bleeding
- Tarry stools

Masalah yang dapat terjadi pada pola eliminasi

a. Eliminasi urin

- Gangguan eliminasi urin
- Inkontinensia urin (akut/kronis)
- Retensi urin

b. Eliminasi bowel

- Konstipasi dan atau risiko konstipasi
- Diare
- Inkontinensia fekal

E. Asuhan Keperawatan Eliminasi

Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi

1. Gangguan kebutuhan eliminasi bisa terjadi karena kondisi klinik terkait penyakit :

- Infeksi ginjal dan saluran kemih
- Hiperglikemi
- Trauma
- Kanker
- Stroke
- Atresia ani
- Cedera/tumor/infeksi pada medula spinalis
- Strikture uretra
- Parkinson
- Dll

2. Contoh laporan pendahuluan dan askep

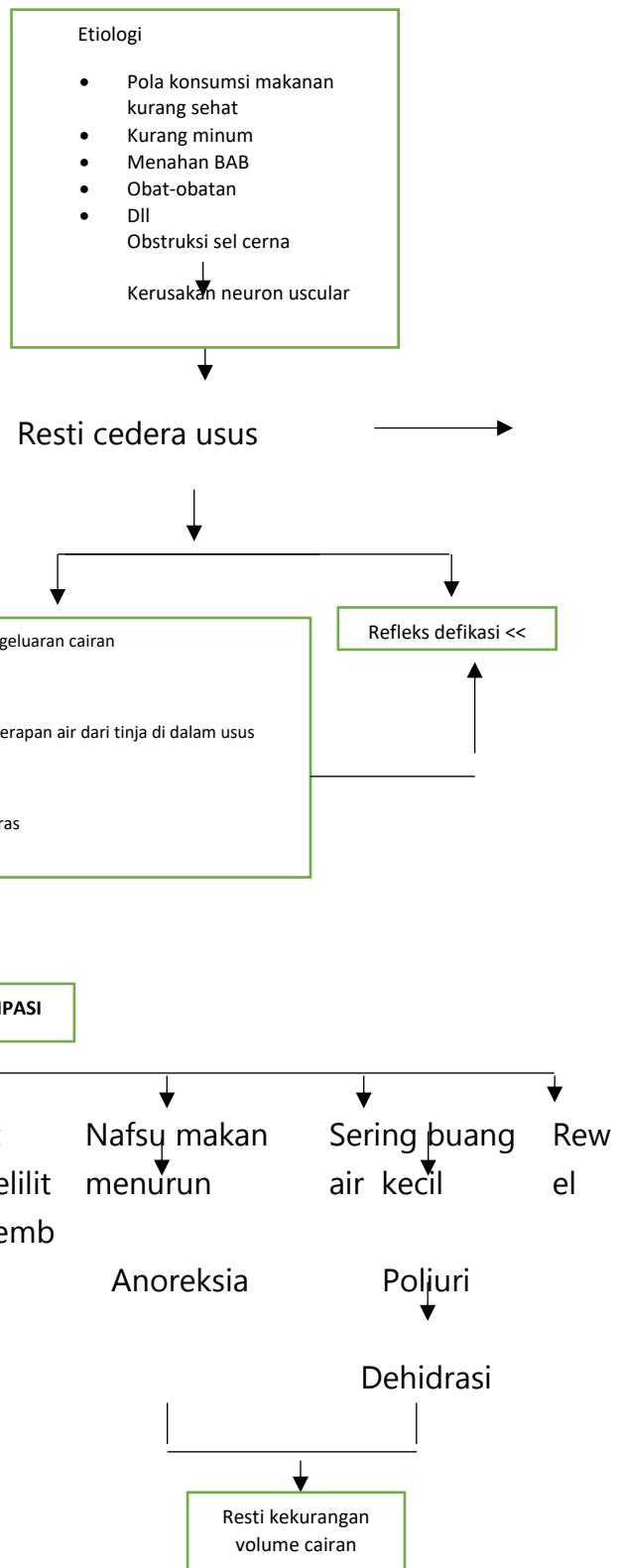
Sistematika laporan pendahuluan (LP)

- Pengertian
- Sistem tubuh yang berperan
- Fisiologi
- Klasifikasi eliminasi
- Faktor yang mempengaruhi kebutuhan eliminasi
- Penatalaksanaan
- Masalah kebutuhan eliminasi
- Pencegahan dan pendidikan kesehatan

Asuhan keperawatan

- Pengkajian (Klasifikasi data ,analisa data)
- Diagnosa keperawatan
- Intervensi
- Implementasi
- Evaluasi

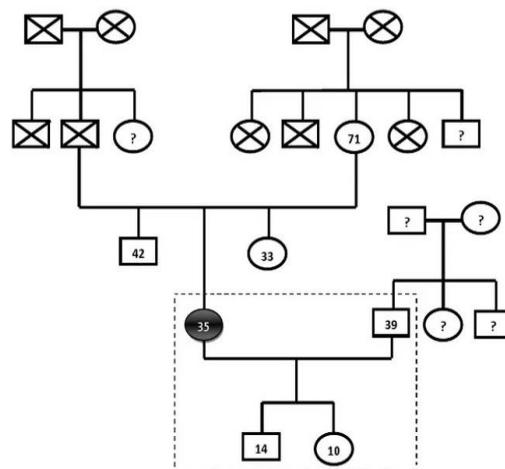
Contoh Kasus : Konstipasi



Askep (sesuaikan dengan format askep kepdas)

1. Pengkajian

- Identifikasi klien dan identitas penanggung jawab
- Keluhan utama (satu keluhan)
 - keluhan pada pola berkemih seperti dribbling/ inkontinensia berlebih, inkontinensia urin (hilang kontrol berkemih), nokturia, anuria (tidak merasakan keinginan berkemih), poliuria (sering berkemih), disuria (nyeri saat berkemih)
 - keluhan pada pola defekasi seperti Konstipasi, inkontinensia fekal
- Riwayat Kesehatan Sekarang
 - dribbling/ inkontinensia berlebih, inkontinensia urin (hilang kontrol berkemih), nokturia, anuria (tidak merasakan keinginan berkemih), poliuria, glicosuria, pyuria, disuria (nyeri saat berkemih), dll
- Riwayat kesehatan dahulu
- Riwayat kesehatan sekarang
- Genogram 3 generasi



Ket :		= Laki-laki
		= Perempuan
		= Klien
		= Meninggal
		= Tidak diketahui
		= Garis Perkawinan
		= Garis Keturunan
		= Garis Serumah

- Pola fungsi kesehatan
 - Pola Nutrisi (seperti diet, porsi makan dan minum, dll)
 - Pola eliminasi
 1. Urin (frekuensi ,kondisi urin ,keluhan lainnya saat berkemih
 2. Alvi (frekuensi,kondisi feses,keluhan lainnya saat defikasi)
 - Pola aktivitas /istirahat

Life style ,aktivitas
 - Riwayat psikososial

Pada klien biasanya mengalami cemas/ stres psikologis/ yang lainnya yang dapat mempengaruhi
- Pemeriksaan fisik

Keadaan umum, TTV, BB, TB, IMT

 - klien lemah dan terlihat sakit berat. TTV: RR, tekanan darah,nadi, suhu
 - Kepala (inspeksi, palpasi)
 - Wajah (inspeksi, palpasi)
 - Mata (inspeksi, palpasi)
 - Telinga (inspeksi, palpasi)
 - Hidung (inspeksi,palpasi)
 - Mulut (Inspeksi:membrane mukosa mulut dan bibir kering)
 - Leher (inspeksi, palpasi)
 - Thoraks ,paru dan jantung (inspeksi ,palpasi,perkus))
 - Abdomen (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)
 - Ekstremitas (inspeksi (ex: warna kulit, dll), palpasi (ex: akral,CRT), perkusi)_ukur kekuatan otot

Tabel 3.1

No	Nilai Kekuatan Otot	Keterangan
1	0(0%)	Paralisis ,tidak ada kontraksi otot sama sekali
2	1(10%)	Terlihat atau teraba getaran kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan sama sekali
3	2 (25%)	Dapat menggerakkan anggota gerak tanpa gravitasi
4	3(50%)	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi)
5	4(75%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif dan melawan tahanan dengan minimal
6	6(100%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif dan melawan tahanan dengan maksimal /penuh (kekuatan normal)

- Genitalia (inspeksi)
- Pemeriksaan diagnostik
 - Urinalis
 - Anuskopi, protosigmoidoskopi, Rontgen dengan kontras
- Terapi

Terapi

No	Tanggal resep di buat	Nama obat dan dosis	Kandungan dalam obat	Manfaat

- Klasifikasi data

Klasifikasi Data

Tgl /jam	Data subyektif (DS)	Data Obyektif (DO)

- Analisa Data

Analisa Data

Data (DS dan DO)	Etiologi	Problem
DS:		
DO:		

- Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan

Nama Pasien :

No.RM :

Ruangan :

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tanggal Di Temukan	Tanggal Teratasi	Paraf Mahasiswa

- Contoh Diagnosa Keperawatan
 - Gangguan eliminasi urin b.d penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040, hlm 96)
 - Inkontinensia fekal b.d penurunan tonus otot (D.0041, hlm 98)
 - Inkontinensia urin berlanjut b.d trauma (D.0042, hlm 100)
 - Inkontinensia urin berlebih b.d blok springter (D.0043, hlm 102)
 - Inkontinensia urin fungsional b.d hambatan mobilisasi (D.0044, hlm 104)
 - Inkontinensia urin refleks b.d erusakan jaringan (D.0003, hlm 106)
 - Inkontinensia urin stres b.d kelemahan otot pelvis (D.0046, hlm 108)
 - Inkontinensia urin urgensi b.d efek agen farmakologis (D.0047, hlm 110)
 - Konstipasi b.d ketidakcukupan asupan cairan (D.0149, hlm 113)
 - Retensi urin b.d efek agen farmakologis (D.0050, hlm 115)
 - Risikodst.... (berdasarkan hasil analisa data)
- Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan

Nama Pasien :

No .RM :

Ruangan :

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan			Paraf Mahasiswa
		Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional	

- Contoh intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional	Paraf
1	Gangguan eliminasi urin b.d penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040,hlm 96)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 Jam,diharapkan eliminasi urin (hlm 157_SLKI) membaik(L.04034 _hlm 24),dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi BAK Memb baik (5) 2. Karakteristik urin membaik (5) 3. Dst...(sesuaikan dengan kasus) 	Manajemen eliminasi urine (hlm .459 SIKI)dan (I.04152_hlm 175) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor eliminasi urine 2. Dst... (sesuaikan dengan kasus) 3. Ambil sampel urin tengah (midstream)atau kultur 4. Dst...(sesuaikan dengan kasus) Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan minum yang cukup,jika tidak ada kontra indikasi 6. Dst...(sesuaikan dengan kasus) Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian obat suppositoria,uretra jika perlu 8. Dst ...(sesuaikan dengan kasus) 	1. Eliminasi urin diobservasi untuk mengetahui luaran urine,frekue nsi ,aroma,volu me,warna,dll . 2. Dst...(Buat rasional berdasarkan teori)	
2	Inkontinensia fekal b.d penurunan tonus otot (D.0041,hlm 98)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 Jam,diharapkan kontinensia fekal (hlm 163_SLKI) membaik(L.04035 _hlm 52),dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengontrolan pengeluaran 	Latihan eliminasi fekal (hlm.470 SIKI)dan (i.04150_hlm143) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peristaltic usus secara teratur 2. Dst ...(sesuaikan dengan kasus) Teraputik	1. Peristaltic usus dimonitor agar mengetahui apakah aktivitas usus termasuk normal atau tidak normal sebagai	

		<p>2. feses meningkat (5)</p> <p>2. Defekasi membaik (5)</p> <p>3. Frekuensi buang air besar membaik (5)</p> <p>4. Dst... (sesuaikan dengan kasus)</p>	<p>3. Anjurkan waktu yang konsisten untuk buang air besar</p> <p>4. Dst ...(sesuaikan dengan kasus)</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Anjurkan asupan cairan yang adekuat sesuai kebutuhan</p> <p>6. Dst ...(sesuaikan dengan kasus)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Kolaborasi pemberian obat suppositoria,jika perlu</p> <p>8. Dst ...(sesuaikan dengan kasus)</p>	<p>tanda ada gejal gangguan pencernaan</p> <p>2. Dst...(Buat rasional berdasarkan teori)</p>	
--	--	--	---	---	--

- Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan

Nama Pasien :
No.RM :
Ruangan :
Hari /tgl :

No Diagnosa	Jam	Implementasi dan Respon	Paraf mahasiswa dan CI

- Implementasi Keperawatan
 - Pengambilan sampel urine tengah (midstream) (SPO_hlm 222)_lihat buku SPO PPNI
 - Pemantauan bising usus (SPO_ hlm 208)_lihat buku SPO PPNI

- Evaluasi

Nama Pasien : _____

No.RM : _____

Ruangan : _____

Hari /tgl : _____

EVALUASI

No Diagnosa	Jam	Evaluasi (SOAP)	Paraf mahasiswa
------------------------	------------	-------------------------	------------------------

- Tindakan dalam upaya pemenuhan eliminasi
 - a. Membantu pasien eliminasi BAK/BAB diatas tempat
 - b. Enema
 - c. Memasang daipers/popok
 - d. Edukasi pengenalan tanda berkemih
 - e. Edukasi perawatan kateter
 - f. Fasilitas berkemih teratur

F. Latihan

Pilihlah jawaban yang paling tepat di bawah ini :

1. Apa peran utama ginjal dalam proses eliminasi?
 - a. Memproduksi hormon insulin.
 - b. Mempertahankan keseimbangan cairan dalam tubuh.
 - c. Menghasilkan enzim pencernaan.
 - d. Menghasilkan sel darah merah.
 - e. Mengatur pernapasan.
2. Proses eliminasi melibatkan pengeluaran limbah dari tubuh. Manakah dari berikut ini yang bukan termasuk limbah yang dikeluarkan oleh tubuh manusia?
 - a. Air seni.
 - b. Kotoran.
 - c. Keringat.
 - d. Oksigen.
 - e. Karbon dioksida.
3. Bagaimana mekanisme utama eliminasi air seni dari tubuh manusia?
 - a. Melalui proses evaporasi.
 - b. Melalui proses difusi.
 - c. Melalui proses filtrasi di ginjal.
 - d. Melalui proses pencernaan.
 - e. Melalui proses fotosintesis.
4. Apa yang menjadi fungsi utama eliminasi urin?
 - a. Menghasilkan hormon
 - b. Menyaring limbah dari darah
 - c. Membantu dalam pencernaan makanan
 - d. Meningkatkan produksi sel darah merah
 - e. Menyimpan energi dalam tubuh
5. Di mana proses eliminasi urin terjadi dalam tubuh manusia?
 - a. Ginjal
 - b. Hati
 - c. Usus besar
 - d. Jantung
 - e. Paru-paru
6. Apa yang disebut sebagai organ utama untuk pembuangan kotoran manusia?
 - a. Jantung
 - b. Lambung

- c. Usus halus
 - d. Usus besar
 - e. Limpa
7. Apa yang menjadi fungsi utama eliminasi feses dari tubuh?
- a. Meningkatkan fungsi otak
 - b. Membantu dalam pernapasan
 - c. Mengontrol suhu tubuh
 - d. Membuang limbah dan sisa makanan yang tidak tercerna
 - e. Memproduksi hormon

Kunci Jawaban

- 1. B
- 2. D
- 3. C
- 4. B
- 5. A
- 6. D
- 7. D

G. Rangkuman Materi

Eliminasi adalah proses pembuangan sisa metabolisme tubuh baik berupa urin atau bowel (feses). Miksi adalah proses pengosongan kandung kemih bila kandung kemih terisi. Sistem tubuh yang berperan dalam terjadinya proses eliminasi urine adalah ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra . Eliminasi merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus di penuhi oleh setiap manusia. Kebutuhan dasar manusia terbagi menjadi 14 kebutuhan dasar, menyatakan bahwa kebutuhan eliminasi terdapat pada urutan ke tiga. Apabila sistem perkemihan tidak dapat berfungsi dengan baik, sebenarnya semua organ akhirnya akan terpengaruh. Secara umum gangguan pada ginjal mempengaruhi eliminasi. Sehingga mengakibatkan masalah kebutuhan eliminasi urine, antara lain : retensi urine, inkontinensia urine, enuresis, dan ureterotomi.

H. Daftar Pustaka

- Alligood, MR,. 2014. Nursing Theorists and Their Work. Elseviers
- Alimul, A.Hidayat. 2009. Pengantar kebutuhan dasar manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Children's Minnesota. 2023. Irigasi Kateter Urine. https://www.childrensmn.org.translate.goog/educationmaterials/childrensmn/article/15566/urinarycatheter_irrigation/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc,
- Nanda International. 2015. Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015 – 2017. Jakarta; EGC.
- Suprataba & Zulpati tantu. 2022. Gangguan Eliminasi Urine. <https://www.pakrbsdmpalu.com/gangguan-eliminasi-urin>
- Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI. 2021. *Pedoman Standar Prosedur Operasional*. Jakarta:Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja DPP PPNI. 2017. *Satndar Diagnosa Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Doagnostik* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja DPP PPNI. 2017. *Satndar Luaran Keperawatan Indonesia, Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja DPP PPNI. 2017. *Satndar Intervensi Keperawatan Indonesia, Definisi dan Tindakan Keperawatan* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

BAB 4

KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: BERGERAK DAN DAPAT MEMPERTAHANKAN POSTUR TUBUH DENGAN BAIK

Dr. Ns. Yunie Armiyati, M.Kep., Sp.Kep.MB.

Pendahuluan

Kemampuan kita untuk bergerak dan mempertahankan postur tubuh adalah aspek penting dari kesejahteraan dan kesehatan kita secara keseluruhan dipengaruhi oleh aktivitas kita. Pasien juga membutuhkan aktivitas dan latihan yang teratur sesuai tingkat tergantung pada kondisi kesehatan mereka. Perawat membantu pasien dalam mempertahankan atau meningkatkan tingkat aktivitas dan olahraga pasien. Mengetahui fisiologi dan regulasi mekanika tubuh, olahraga, dan aktivitas membantu perawat memberikan perawatan pada secara pasien individual (Potter et al., 2021).

Sebuah bukti penelitian yang kuat dan berkembang dengan baik mendukung peran aktivitas dan latihan dalam meningkatkan status kesehatan individu dengan penyakit kardiovaskular, disfungsi paru-paru, cacat akibat penuaan, dan depresi. Bukti penelitian menunjukkan bahwa latihan atau olahraga teratur dapat berbagai penyakit kronis yang dialami oleh orang dewasa yang menua. Kemampuan untuk bergerak tanpa rasa sakit juga mempengaruhi harga diri dan citra tubuh. Bagi kebanyakan individu, harga diri tergantung pada rasa kemandirian dan perasaan berguna atau dibutuhkan. Individu dengan gangguan mobilitas mungkin merasa tidak berdaya dan memberatkan orang lain, dan kemampuan mereka untuk bekerja dan mencari nafkah dapat dikompromikan. Mobilitas yang menyakitkan membuat coping menjadi lebih sulit. Citra tubuh juga dapat terpengaruh karena gangguan mobilisasi akibat adanya kelumpuhan, amputasi, atau gangguan motorik. Reaksi orang lain terhadap gangguan mobilitas juga dapat mengubah harga diri dan citra tubuh secara signifikan (Berman et al., 2022).

Perawat perlu melakukan asuhan keperawatan yang tepat untuk dapat memenuhi semua kebutuhan dasar pasien, termasuk pemenuhan kebutuhan bergerak dan dapat mempertahankan postur tubuh dengan baik. Asuhan keperawatan yang baik akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang akan diterima oleh pasien. Salah satu model konseptual keperawatan yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan adalah teori Virginia Henderson.

Teori model keperawatan Virginia Henderson menekankan pentingnya meningkatkan kemandirian klien sehingga kemajuan setelah rawat inap tidak akan tertunda. Menurutnya, perawat perlu membantu individu untuk mendapatkan kemandirian yang berkontribusi untuk peningkatan kesehatan atau pemulihannya. Henderson menegaskan bahwa perawat bekerja dalam saling ketergantungan dengan profesional perawatan kesehatan lainnya dan dengan pasien. Henderson menggambarkan peran perawat sebagai pengganti (melakukan untuk orang tersebut), peran tambahan (membantu orang), peran komplementer (bekerja dengan orang tersebut), dengan tujuan membantu orang tersebut menjadi mandiri se bisa mungkin. Model teori Virginia Henderson mencakup 4 konsep utama: kebutuhan individu pasien, lingkungan pasien, kemampuan pasien untuk berfungsi, dan praktik keperawatan. Berdasarkan pendekatan model konsep teori Virginia Henderson, dikenal adanya 14 dasar kebutuhan pasien. Kebutuhan dasar menurut Henderson terdiri dari 8 komponen pertama bersifat fisiologis komponen ke-9 bersifat keamanan, komponen kesepuluh dan keempat belas adalah aspek psikologis dari komunikasi dan pembelajaran. Komponen kesebelas adalah spiritual dan moral (Alligood, 2017; Gligor & Domnariu, 2020). Teori Virginia Henderson menjelaskan bahwa tugas perawat adalah berusaha mengembalikan kemandirian individu dalam memenuhi 14 komponen kebutuhan dasar. Virginia Henderson menyebutkan bahwa aktivitas, mobilisasi (bergerak) dan mempertahankan posisi dengan baik termasuk dalam komponen kebutuhan pasien bersifat fisiologis, dan merupakan kebutuhan fisiologis urutan ke empat (Alligood, 2017). Pemenuhan kebutuhan aktivitas dan mobilisasi pasien perlu diperhatikan oleh perawat dalam mengembalikan kemandirian pasien. Sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan pergerakan, perawat harus memahami tentang prinsip-prinsip bergerak dan menjaga keseimbangan tubuh.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

Setelah membaca bab ini pembelajar mampu memahami konsep Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) dengan baik.

Capaian Pembelajaran:

Capaian pembelajaran yang diharapkan setelah membaca bab ini pembelajar mampu:

1. Menjelaskan definisi dan konsep dasar kebutuhan dasar manusia mobilisasi (pergerakan), imobilisasi, aktivitas dan body alignment
2. Menjelaskan tentang pergerakan normal tubuh
3. Menjelaskan jenis latihan (exercise)
4. Memahami faktor yang mempengaruhi keselarasan tubuh dan pergerakan (mobilisasi)
5. Memahami faktor yang mempengaruhi imobilisasi
6. Menjelaskan manfaat latihan dan pergerakan (mobilisasi)
7. Menjelaskan bahaya atau akibat kurang pergerakan (imobilisasi)

URAIAN MATERI

A. Definisi dan Konsep Dasar

1. Bergerak (mobilisasi) dan Imobilisasi.

Mobilisasi mengacu pada kemampuan seorang untuk bergerak dengan bebas (Potter et al., 2017). Mobilisasi juga didefinisikan sebagai kemampuan untuk bergerak bebas, mudah, berirama, dan terarah di lingkungan, merupakan bagian penting dari kehidupan. Individu harus bergerak untuk melindungi diri dari trauma dan untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka. Mobilitas / mobilisasi sangat penting untuk kemandirian pasien (Berman et al., 2022). Mobilisasi terbagi menjadi dua yaitu mobilisasi pasif dan aktif. Mobilisasi secara pasif yaitu: mobilisasi di mana pasien dalam menggerakkan tubuhnya dengan cara dibantu dengan orang lain secara total atau keseluruhan, sedangkan mobilisasi aktif yaitu keadaan di mana pasien dalam menggerakkan tubuh dilakukan secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain.

Imobilisasi mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas. Keadaan imobilisasi adalah suatu pembatasan gerak atau keterbatasan fisik dari anggota gerak tubuh untuk berputar, duduk dan berjalan (Potter et al., 2017). Imobilisasi juga didefinisikan sebagai suatu pembatasan gerak atau keterbatasan fisik dari anggota badan dan tubuh itu sendiri dalam berputar, duduk dan berjalan, hal ini salah satunya disebabkan oleh berada pada posisi tetap dengan gravitasi berkurang seperti saat duduk atau berbaring. Imobilisasi merupakan keadaan seseorang dalam kondisi tidak bergerak secara aktif sebagai akibat adanya gangguan pada organ tubuh baik fisik maupun mental.

2. Aktivitas dan Latihan

Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan bergerak di mana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup. Latihan merupakan suatu gerakan tubuh secara aktif yang dibutuhkan untuk menjaga kinerja otot dan mempertahankan postur tubuh. Aktivitas maupun latihan didefinisikan sebagai suatu aksi energetik atau keadaan bergerak. Kehilangan kemampuan bergerak walaupun pada waktu yang singkat memerlukan tindakan-tindakan tertentu yang tepat baik oleh klien maupun perawat.

Latihan (olahraga) adalah aktivitas fisik yang digunakan untuk meningkatkan kesehatan, dan menjaga kebugaran. Program latihan individual pasien tergantung pada toleransi aktivitas pasien atau jenis dan jumlah latihan atau aktivitas yang dapat dilakukan pasien. Faktor fisiologis, emosional, dan perkembangan mempengaruhi toleransi aktivitas pasien (Potter et al., 2021).

3. Keselarasan tubuh (*body alignment*)

Body alignment adalah susunan geometrik bagian-bagian tubuh dalam hubungannya dengan bagian-bagian tubuh yang lain. Postur tubuh (*body alignment*) berhubungan dengan posisi sendi, tendon, ligamen, dan otot-otot saat berdiri, duduk, dan berbaring. Apabila keempat bagian tersebut digunakan dengan benar dan terjadi keseimbangan, maka dapat menjadikan fungsi tubuh maksimal. Keselarasan / keseimbangan tubuh dapat dicapai dengan cara mempertahankan posisi garis gravitasi di antara pusat gravitasi dan dasar tumpuan (Potter et al., 2017).

Body alignment berfungsi untuk mengurangi jumlah energi yang digunakan. *Body alignment* juga memiliki manfaat lain. Berikut adalah beberapa manfaat utama dari postur tubuh atau *body alignment* yang baik:

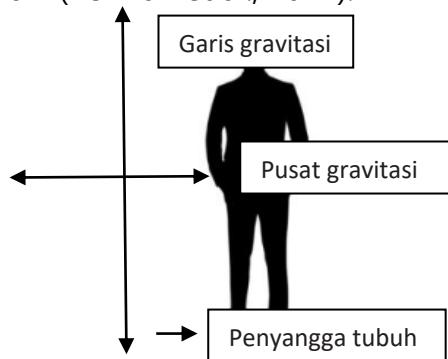
- 1) Menjaga tulang dan sendi dalam keselarasan yang benar sehingga otot digunakan dengan benar.
- 2) Membantu mengurangi keausan abnormal permukaan sendi yang dapat menyebabkan radang sendi.
- 3) Mengurangi stres pada ligamen yang memegang sendi tulang belakang bersama-sama.
- 4) Mencegah tulang belakang menjadi tetap dalam posisi abnormal.
- 5) Mencegah kelelahan karena otot digunakan lebih efisien, memungkinkan tubuh untuk menggunakan lebih sedikit energi.
- 6) Mencegah ketegangan atau masalah penggunaan muskuloskeletal yang berlebihan.
- 7) Mencegah sakit punggung dan nyeri otot.
- 8) Mempertahankan keseimbangan dan mengurangi kecelakaan atau cidera.
- 9) Memperluas ekspansi paru-paru dan mengoptimalkan ventilasi. Meningkatkan sirkulasi ginjal dan gastrointestinal. Berkontribusi pada penampilan yang baik.

B. Pergerakan Normal Tubuh

Gerakan dan stabilitas normal adalah hasil dari sistem muskuloskeletal utuh, sistem saraf utuh, dan struktur telinga bagian dalam utuh yang bertanggung jawab untuk keseimbangan. Gerakan tubuh melibatkan empat elemen dasar: keselarasan tubuh (postur), mobilitas sendi, keseimbangan, dan gerakan terkoordinasi (Berman et al., 2022).

1. Keselarasan (*alignment*) dan postur tubuh

Keselarasan dan postur tubuh yang tepat membawa bagian tubuh ke posisi dengan cara yang mempromosikan keseimbangan optimal dan fungsi tubuh maksimal apakah klien berdiri, duduk, atau berbaring. Tiga faktor yang perlu diperhatikan dalam menjaga *body alignment* adalah: (a) Pusat gravitasi (*center of gravity*) yaitu titik di pertengahan tubuh; (b) Garis gravitasi (*line of gravity*) yaitu garis imajiner vertikal yang ditarik melalui pusat gravitasi tubuh; (c) Dasar dari tumpuan (*base of support*) yaitu dasar dalam posisi istirahat untuk menopang tubuh. Seorang individu menjaga keseimbangan selama garis gravitasi melewati pusat gravitasi dan penyangga / tumpuan tubuh. Garis gravitasi pada manusia dimulai di bagian atas kepala dan jatuh di antara bahu, melalui batang, sedikit anterior ke sakrum, dan antara sendi penahan beban dan telapak kaki (Berman et al., 2022).



Gambar 4.1

Pusat gravitasi dan garis gravitasi mempengaruhi keselarasan berdiri

Ada beberapa prinsip *body alignment* atau postur tubuh yang perlu difahami. Prinsip *body alignment* adalah sebagai berikut:

- 1) Keseimbangan dapat dipertahankan jika garis gravitasi (*line of gravity*-garis *imaginer* vertikal) melewati pusat gravitasi (*center of gravity*-titik yang berada di pertengahan garis tubuh) dan dasar tumpuan (*base of support*-posisi menyangga atau menopang tubuh);

- 2) Jika dasar tumpuan lebih luas dan pusat gravitasi lebih rendah, kestabilan dan keseimbangan akan lebih besar;
- 3) Jika gravitasi berada di luar pusat dasar tumpuan, energi akan lebih banyak digunakan untuk mempertahankan keseimbangan;
- 4) Dasar tumpuan yang luas dan bagian-bagian dari postur tubuh yang baik akan menghemat energi dan mencegah kelelahan otot;
- 5) Perubahan dalam posisi tubuh membantu mencegah tidak nyaman pada otot;
- 6) Memperkuat otot yang lemah dapat membantu mencegah kekakuan otot dan ligamen;
- 7) Posisi dan aktivitas yang bervariasi dapat membantu mempertahankan otot dan mencegah kelelahan;
- 8) Postur yang buruk dalam waktu yang lama dapat menimbulkan rasa nyeri, kelelahan otot, dan kontraktur.

Ketika tubuh sejajar dengan baik, ketegangan pada sendi, otot, tendon, atau ligamen diminimalkan dan struktur internal dan organ didukung. Keselarasan tubuh yang tepat meningkatkan ekspansi paru-paru dan meningkatkan fungsi peredaran darah, ginjal, dan gastrointestinal yang efisien. Postur individu adalah salah satu kriteria untuk menilai kesehatan umum, kebugaran fisik, dan daya tarik. Postur mencerminkan suasana hati, harga diri, dan kepribadian individu, dan sebaliknya (Potter et al., 2021).

2. Mobilitas sendi

Sendi adalah unit fungsional dari sistem musculoskeletal. Tulang-tulang kerangka mengartikulasikan pada sendi, dan sebagian besar otot rangka menempel pada dua tulang di sendi. Otot-otot ini dikategorikan menurut jenis gerakan sendi yang mereka hasilkan pada kontraksi. Oleh karena itu otot disebut fleksor, ekstensor, rotator internal, dan sejenisnya. Otot fleksor lebih kuat dari otot ekstensor. Jadi, ketika seseorang tidak aktif, sendi ditarik ke posisi tertekuk (bengkok). Jika kecenderungan ini tidak dikurangi melalui latihan dan perubahan posisi, otot-otot memendek secara permanen, dan sendi menjadi tetap dalam posisi tertekuk atau kontraktur (Berman et al., 2022). Jenis pergerakan sendi diuraikan dalam tabel berikut:

Tabel 4.1
Jenis Pergerakan Sendi

Pergerakan Sendi	Penjelasan
Fleksi	Mengurangi sudut sendi (misalnya, menekuk siku)
Ekstensi	Meningkatkan sudut sendi (misalnya, meluruskan lengan di siku)
Hiperekstensi	Perpanjangan lebih lanjut atau pelurusan sendi secara maksimal (misalnya, menekuk kepala ke belakang)
Abduksi	Gerakan tulang menjauh dari garis tengah tubuh
Adduksi	Gerakan tulang menuju (mendekati) garis tengah tubuh
Rotasi	Gerakan tulang di sekitar poros tengahnya
Sirkumduksi	Gerakan bagian distal tulang dalam lingkaran sementara ujung proksimal tetap
Eversi	Memutar telapak kaki ke luar dengan menggerakkan sendi pergelangan kaki
Inversi	Memutar telapak kaki ke dalam dengan menggerakkan sendi pergelangan kaki
Pronasi	Menggerakkan tulang lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah saat dipegang di depan tubuh
Supinasi	Menggerakkan tulang lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke atas saat dipegang di depan tubuh

3. Keseimbangan

Mekanisme yang terlibat dalam menjaga keseimbangan dan postur yang kompleks dan melibatkan input informasi dari labirin (telinga bagian dalam), dari visi (*input vestibulo-okular*), dan dari reseptor peregangan otot dan tendon (vestibulospinal input). Mekanisme keseimbangan (rasa keseimbangan) merespons, seringkali tanpa kita sadari, terhadap berbagai gerakan kepala. *Proprioception* adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan kesadaran postur, gerakan, dan perubahan keseimbangan dan pengetahuan tentang posisi, berat, dan ketahanan benda dalam kaitannya dengan tubuh (Berman et al., 2022; Potter et al., 2017).

4. Gerakan terkoordinasi

Gerakan seimbang, halus, dan terarah adalah hasil dari berfungsinya korteks serebral, otak kecil, dan ganglia basal. Korteks serebral memulai aktivitas motorik sukarela, otak kecil mengoordinasikan aktivitas motorik gerakan, dan ganglia basal mempertahankan postur. Ketika otak kecil klien terluka, gerakan menjadi canggung, tidak pasti, dan tidak terkoordinasi (Berman et al., 2022)

C. Jenis Latihan (*exercise*)

Latihan melibatkan kontraksi aktif dan relaksasi otot. Latihan dapat diklasifikasikan menurut jenis kontraksi otot (isotonik, isometrik, atau isokinetik) dan menurut sumber energi (aerobik atau anaerobik).

1. Latihan isotonik (dinamis)

Latihan isotonis adalah latihan di mana otot memendek untuk menghasilkan kontraksi otot dan gerakan aktif. Sebagian besar latihan fisik berlari, berjalan, berenang, bersepeda, dan kegiatan lain semacam itu isotonik, seperti juga *activity daily living* (ADL) dan latihan *range of motion* (ROM) aktif. Contoh latihan tidur isotonik adalah mendorong atau menarik benda diam, menggunakan trapeze untuk mengangkat tubuh dari tempat tidur, mengangkat bokong dari tempat tidur dengan mendorong dengan tangan ke kasur, dan mendorong tubuh ke posisi duduk. Latihan isotonik meningkatkan tonus otot, massa, dan kekuatan serta menjaga fleksibilitas dan sirkulasi sendi. Selama latihan isotonik, baik denyut jantung dan *out put* jantung mempercepat untuk meningkatkan aliran darah ke seluruh bagian tubuh (Berman et al., 2022).

2. Latihan isometrik (statis atau pengaturan)

Latihan isometrik adalah latihan di mana kontraksi otot terjadi tanpa menggerakkan sendi (panjang otot tidak berubah). Latihan-latihan ini melibatkan pengerahan tekanan terhadap benda padat dan berguna untuk memperkuat otot perut, gluteal, dan paha depan yang digunakan dalam ambulasi; untuk mempertahankan kekuatan pada otot yang tidak bergerak dalam gips atau traksi; dan untuk latihan ketahanan. Contoh latihan isometrik adalah meremas handuk atau bantal di antara lutut sementara pada saat yang sama mengencangkan otot-otot di bagian depan paha dengan menekan lutut ke belakang, dan menahan selama beberapa detik. Latihan isometrik menghasilkan peningkatan ringan dalam denyut jantung dan curah jantung, tetapi tidak ada peningkatan yang cukup besar dalam aliran darah ke bagian lain dari tubuh (Berman et al., 2022).

3. Latihan isokinetik (resistif)

Latihan isokinetik melibatkan kontraksi otot atau ketegangan terhadap resistensi. Mesin atau perangkat khusus digunakan selama latihan isokinetik untuk memberikan ketahanan terhadap gerakan. Latihan-latihan ini digunakan dalam pengondisionan fisik dan sering dilakukan untuk membangun kelompok otot tertentu (Berman et al., 2022).

4. Latihan aerobik

Latihan aerobik adalah aktivitas di mana jumlah oksigen yang diambil ke dalam tubuh lebih besar daripada yang digunakan untuk melakukan aktivitas. Latihan aerobik menggunakan kelompok otot besar yang bergerak berulang. Latihan aerobik meningkatkan pengondisian kardiovaskular dan kebugaran fisik. Edukasi tentang latihan aerobik pada pasien perlu memperhatikan tentang frekuensi, durasi, dan jenis aktivitas yang direkomendasikan untuk orang dewasa yang sehat (Berman et al., 2022).

Latihan anaerobik melibatkan aktivitas di mana otot-otot tidak dapat menarik oksigen yang cukup dari aliran darah, dan jalur anaerobik digunakan untuk menyediakan energi tambahan untuk waktu yang singkat. Jenis latihan ini digunakan dalam latihan ketahanan untuk atlet seperti angkat berat dan berlari. Jenis latihan aerobik adalah senam, berjalan, bersepeda, berkebun, menari, dan berenang direkomendasikan untuk semua individu, termasuk pemula dan orang dewasa yang lebih tua berat termasuk *jogging*, berlari, berputar, yoga, *boxing*, dan lompat tali. Frekuensi dan durasi latihan aerobik, kumulatif 30 menit atau lebih setiap hari (dapat dibagi sepanjang hari) dari gerakan "intensitas sedang" (Berman et al., 2022). Tabel berikut akan menjelaskan panduan untuk latihan fisik yang aman dan efektif.

Tabel 4.2

Pedoman dan Persyaratan Minimal Untuk Aktivitas Fisik (Berman Et Al., 2022)

Latihan	Frekuensi dan durasi	Contoh latihan
Aerobik	Kumulatif 30 menit atau lebih setiap hari dari gerakan "intensitas sedang"	Jalan, bersepeda, berkebun, menari, dan berenang direkomendasikan untuk semua individu, termasuk pemula dan orang dewasa yang lebih tua. Kegiatan yang lebih berat termasuk <i>jogging</i> , berlari, berputar, yoga, tinju, dan lompat tali juga dapat dilakukan.
Peregangan	Semua bagian tubuh diregangkan setiap hari.	Yoga, Pilates, qigong, dan banyak program fleksibilitas lainnya dapat dipilih sebagai aktivitas yang efektif
Latihan kekuatan	Latihan setidaknya tiga kali seminggu, diselingi dengan satu hari istirahat setelah latihan.	Latihan resistensi dapat diberikan dengan beban, pita, bola

D.Faktor yang Mempengaruhi Keseimbangan / Postur Tubuh (*Body Alignment*) dan Pergerakan (*Mobilisasi*)

Kebutuhan bergerak berkaitan faktor penting untuk pelaksanaan aktivitas dasar kehidupan sehari-hari yang melibatkan: kekuatan, kekuatan, fleksibilitas, keseimbangan, kelincahan dan daya tahan aerobik. Sejumlah faktor mempengaruhi keselarasan tubuh individu, mobilitas, dan tingkat aktivitas sehari-hari. Faktor ini antara lain pertumbuhan dan perkembangan, nutrisi, nilai-nilai pribadi dan sikap, faktor eksternal tertentu, dan adanya keterbatasan (Potter et al., 2021).

1. Pertumbuhan dan perkembangan

Usia individu dan perkembangan muskuloskeletal dan sistem saraf mempengaruhi postur, proporsi tubuh, massa tubuh, gerakan tubuh, dan refleks. Gerakan bayi baru lahir bersifat refleksif dan acak. Semua ekstremitas umumnya tertekuk tetapi dapat dipindahkan secara pasif melalui berbagai gerakan. Ketika sistem neurologis matang, kontrol atas gerakan berlangsung selama tahun pertama. Perkembangan motorik kasar mendahului keterampilan motorik halus. Perkembangan motorik kasar terjadi secara *head to toe*, yaitu perkembangan dari kontrol kepala, merangkak, menarik ke posisi berdiri, berdiri, dan berjalan, biasanya setelah ulang tahun pertama. Gerakan kontralateral merangkak, meskipun singkatnya, merupakan blok pembangun penting untuk berjalan. Awalnya, berjalan melibatkan sikap lebar dan gaya berjalan goyah, demikian istilah balita. Keterampilan motorik kasar dan halus disempurnakan dari usia 1 hingga 5 tahun. Misalnya, anak-anak prasekolah menguasai mengendarai sepeda roda tiga, berlari, melompat, menggunakan krayon untuk menggambar, mengikat atau dan menyikat gigi. Imobilitas dapat mengganggu perkembangan sosial dan motorik anak-anak (Berman et al., 2022).

Penyempurnaan keterampilan motorik berlanjut dan pola latihan dari usia 6 hingga 12 tahun untuk kehidupan selanjutnya umumnya ditentukan. Postur pada anak usia sekolah biasanya sangat baik. Percepatan pertumbuhan dan perilaku seperti membawa tas buku berat di satu bahu dan penggunaan komputer yang lama pada masa remaja, dapat menyebabkan perubahan postur yang sering bertahan hingga dewasa. Orang dewasa berusia antara 20 dan 40 tahun umumnya memiliki sedikit perubahan fisik yang mempengaruhi mobilitas, kecuali wanita hamil. Kehamilan mengubah pusat gravitasi tubuh dan mempengaruhi keseimbangan (Berman et al., 2022).

Seiring bertambahnya usia, tonus otot dan kepadatan tulang menurun, sendi kehilangan fleksibilitas, waktu reaksi melambat, dan massa tulang menurun, terutama pada wanita yang menderita osteoporosis. Osteoporosis adalah suatu kondisi di mana tulang menjadi rapuh dan rapuh karena menipisnya kalsium. Osteoporosis sering terjadi pada wanita yang lebih tua dan terutama mempengaruhi sendi yang menahan beban pada ekstremitas bawah dan aspek anterior tulang belakang, menyebabkan fraktur kompresi tulang belakang dan patah tulang pinggul. Semua perubahan ini memengaruhi postur, gaya berjalan, dan keseimbangan orang dewasa yang lebih tua. Postur tubuh dapat menjadi condong ke depan dan bungkuk, yang menggeser pusat gravitasi ke depan (Berman et al., 2022).

2. Nutrisi

Baik kekurangan gizi maupun kelebihan gizi dapat mempengaruhi keselarasan dan mobilitas tubuh. Orang yang kurang gizi mungkin memiliki kelemahan otot dan kelelahan. Kekurangan vitamin D menyebabkan kelainan tulang selama pertumbuhan. Asupan kalsium yang tidak memadai dan sintesis dan asupan vitamin D meningkatkan risiko osteoporosis. Obesitas dapat mendistorsi gerakan dan stres sendi, berdampak buruk pada postur, keseimbangan, dan kesehatan sendi (Berman et al., 2022).

3. Keyakinan, gaya hidup dan perilaku

Individu yang menghargai pentingnya latihan dan olahraga teratur sering merupakan hasil dari pengaruh keluarga. Ketika keluarga menjadwalkan olahraga teratur ke dalam rutinitas sehari-hari mereka atau menghabiskan waktu bersama dalam kegiatan, anak-anak juga akan belajar menghargai aktivitas fisik. Keluarga yang tidak banyak bergerak, di sisi lain, berpartisipasi dalam olahraga hanya sebagai penonton, dan gaya hidup ini sering ditularkan kepada anak-anak mereka. Peningkatan aktivitas di depan TV, komputer, dan video, menyebabkan kaum muda semakin tidak aktif dengan penurunan kesehatan yang terkait. Nilai-nilai tentang penampilan fisik juga mempengaruhi partisipasi beberapa individu dalam olahraga teratur. Individu yang menghargai tubuh berotot atau daya tarik fisik dapat berpartisipasi dalam program latihan teratur untuk menghasilkan penampilan yang mereka inginkan. Pilihan aktivitas fisik atau jenis olahraga juga dipengaruhi oleh nilai-nilai. Pilihan dapat dipengaruhi oleh lokasi geografis dan harapan peran budaya. Bagi banyak orang, berpikir tentang olahraga lebih sebagai "gerakan rekreasi," "peningkatan kesejahteraan," dan "bagian penting dari perawatan diri sehari-hari" dapat membantu mengatasi

persepsi bahwa pengeluaran tenaga itu membosankan. Pilihannya termasuk kegiatan informal dan menyenangkan seperti menari dengan musik. Keadaan motivasi memengaruhi perilaku dan pilihan kita, dan sangat bervariasi dari hari ke hari (Berman et al., 2022; Potter et al., 2021).

4. Latar belakang kebudayaan

Latihan fisik, olahraga dan kebugaran fisik bermanfaat bagi semua orang. Namun, ada perbedaan budaya mengenai sejauh mana orang berolahraga. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa aktivitas fisik waktu luang hanya terdiri dari 10% dari total aktivitas fisik non-kerja di antara orang dewasa. Studi ini menunjukkan bahwa aktivitas fisik non-kerja secara signifikan lebih rendah di antara orang Afrika-Amerika, Hispanik, dan kelompok ras / etnis lainnya serta di antara laki-laki sebagai akibat dari kerugian pendidikan, status sosial ekonomi, kendala waktu, dan lokasi tempat tinggal. Individu dengan tingkat pendidikan rendah dan kelompok etnis minoritas cenderung memiliki tingkat fisik yang lebih tinggi di tempat kerja tetapi tingkat aktivitas fisik non-kerja yang lebih rendah. Aktivitas fisik pada kesehatan individu yang tidak bekerja berhubungan positif kuat dengan kesehatan fisik dibanding aktivitas fisik pada orang yang bekerja (Potter et al., 2021)

5. Faktor eksternal

Banyak faktor eksternal yang mempengaruhi mobilitas individu. Suhu yang terlalu tinggi dan kelembaban tinggi mengubah aktivitas usia, sedangkan suhu yang nyaman dan kelembaban rendah kondusif untuk aktivitas. Kebutuhan hidrasi yang tepat bervariasi sesuai dengan individu, status kesehatan, aktivitas, dan lingkungan akan mempengaruhi aktifitas. Air adalah cairan terbaik untuk menggantikan kerugian yang terjadi melalui proses metabolisme dan olahraga. Kekurangan air akan mengoptimalkan kebutuhan aktivitas (Berman et al., 2022).

Ketersediaan fasilitas rekreasi juga mempengaruhi aktivitas dan pergerakan seseorang; Misalnya, kekurangan uang dapat menghalangi seseorang untuk bergabung dengan klub olahraga atau gimnasium atau membeli peralatan yang dibutuhkan. Keamanan lingkungan juga meningkatkan minat orang untuk melakukan aktivitas atau pergerakan di luar rumah. Remaja, khususnya, dapat menghabiskan berjam-jam duduk di depan komputer, menonton televisi, atau bermain *video game* daripada terlibat dalam aktivitas fisik (Berman et al., 2022).

E. Penyebab Imobilisasi

Secara patofisiologi ada beberapa kondisi yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan pergerakan dan mengalami imobilisasi. Beberapa penyebab imobilisasi antara lain kelainan postur, kelainan otot, penyakit muskuloskeletal, penyakit persyarafan.

a. Kelainan postur tubuh

Kelainan yang didapat atau bawaan mengganggu fungsi sistem muskuloskeletal dan mengganggu pergerakan. Perubahan tulang, otot, dan struktur pendukung mengubah fungsi dan dapat menyebabkan rasa sakit, gangguan keselarasan, dan gangguan mobilitas. Pengetahuan tentang karakteristik, penyebab, dan pengobatan kelainan postur umum diperlukan ketika Anda mengangkat, memindahkan, dan memposisikan pasien. Selain itu, kelainan postural kronis dikaitkan dengan berkurangnya kemampuan fungsional dan sering jatuh.

b. Kelainan muskuloskeletal

Otot bermain dalam pengaturan gerakan. Cedera dan penyakit dapat menyebabkan banyak perubahan dalam fungsi muskuloskeletal. Salah satu contohnya adalah pasien dengan distrofi muskular yang mengalami kelemahan progresif, simetris dan pengecilan kelompok otot rangka dengan kecacatan dan kelainan bentuk yang meningkat (Potter et al., 2021).

c. Kelainan persyarafan

Sistem saraf pusat berpengaruh pada gerakan, keseimbangan, dan postur tubuh. Kerusakan pada bagian dari sistem saraf pusat yang mengatur gerakan sukarela mengakibatkan gangguan gerakan, keselarasan tubuh, keseimbangan, dan koordinasi. Trauma dari cedera kepala, iskemia dari stroke, atau infeksi bakteri seperti meningitis dapat merusak otak kecil atau strip motor di korteks serebral. Otak kecil mengkoordinasikan gerakan sukarela seperti postur, keseimbangan, koordinasi, dan ucapan yang menghasilkan aktivitas otot yang halus dan seimbang. Kerusakan pada otak kecil akan mengubah salah satu dari fungsi-fungsi ini (Potter et al., 2017). Gangguan motorik, kemampuan untuk memulai gerakan sukarela, secara langsung berkaitan dengan jumlah kerusakan pergerakan. Kerusakan pada strip motor kiri menyebabkan kelumpuhan atau gangguan fungsi pada sisi kanan tubuh, sedangkan kerusakan pada strip motor kanan menyebabkan perubahan pada sisi kiri tubuh. Penyakit neuromuskuler seperti *amyotrophic lateral sclerosis*, penyakit Parkinson, *multiple sclerosis*, dan *myasthenia gravis* juga dapat mempengaruhi fungsi neuron, yang mengirimkan sinyal yang mengontrol

otot-otot ini. Ketika neuron menjadi tidak sehat atau mati, komunikasi antara sistem saraf dan otot rusak, menyebabkan kelemahan otot (Potter et al., 2021).

d. Trauma langsung pada sistem muskuloskeletal.

Trauma langsung pada sistem muskuloskeletal juga menjadi faktor penyebab immobilisasi. Fraktur paling sering terjadi akibat trauma eksternal langsung, tetapi mereka juga terjadi sebagai konsekuensi dari beberapa kelainan bentuk tulang (misalnya, fraktur patologis osteoporosis atau *osteogenesis imperfecta*). Anak kecil biasanya dapat membentuk tulang baru lebih mudah daripada orang dewasa dan akibatnya memiliki lebih sedikit komplikasi setelah patah tulang. Immobilisasi sementara juga dapat menyebabkan terjadinya beberapa atrofi otot, kehilangan tonus otot, dankekakuan sendi. Orang dewasa berusia 65 tahun dan lebih tua memiliki tingkat trauma yang meningkat dan kecenderungan yang meningkat untuk patah tulang bahkan dari kekuatan minimal sebagai akibat dari berkurangnya kepadatan tulang (Potter et al., 2021).

F. Manfaat Latihan dan Pergerakan (mobilisasi)

Secara umum, latihan dan pergerakan teratur sangat penting untuk menjaga kesehatan mental dan fisik. Latihan dan pergerakan memberikan manfaat pada berbagai sistem antara lain sistem muskuloskeletal, kardiovaskuler, pernapasan, pencernaan, sistem endokrin-metabolisme, sistem perkemihian, sistem imun. Mobilisasi juga bermanfaat bagi psikologis dan kesejahteraan spiritual.

1. Manfaat pada sistem muskuloskeletal

Ukuran, bentuk, dan kekuatan otot (termasuk otot jantung) dipertahankan dengan aktivitas olahraga ringan dan meningkat dengan aktivitas olahraga berat. Aktivitas berat membuat hipertrofi otot (membesar), dan efisiensi kontraksi otot meningkat. Sendi tidak memiliki suplai darah diskrit. Melalui aktivitas sendi menerima makanan. Olahraga meningkatkan fleksibilitas sendi, stabilitas, dan rentang gerak. Kepadatan dan kekuatan tulang dipertahankan melalui bantalan beban. Tekanan gerakan menahan beban dan berdampak tinggi menjaga keseimbangan antara osteoblas (sel pembangun tulang) dan osteoklas (resorpsi tulang dan sel kerusakan). Contoh latihan yang bermanfaat untuk muskuloskeletal adalah latihan beban termasuk berenang dan bersepeda.

2. Manfaat pada sistem kardiovaskular

American Heart Association (2018) menekankan pada aktivitas fisik dengan merekomendasikan setidaknya 150 menit per minggu olahraga sedang atau 75 menit per minggu olahraga berat, atau kombinasi aktivitas *moderate* dan kuat. Latihan intensitas sedang yang memadai meningkatkan denyut jantung, kekuatan kontraksi otot jantung, dan suplai darah ke jantung dan otot melalui peningkatan curah jantung. Olahraga juga meningkatkan kesehatan jantung dengan mengurangi efek berbahaya dari stres. Jenis latihan yang akan memberikan manfaat bervariasi pada kesehatan jantung. Latihan yang cukup bermanfaat untuk kesehatan jantung adalah latihan aerobik seperti berjalan dan bersepeda. Bukti penelitian juga mendukung manfaat latihan yoga pada kesehatan jantung (Berman et al., 2022).

3. Manfaat pada sistem pernapasan

Ventilasi (udara yang bersirkulasi masuk dan keluar dari paru-paru) dan asupan oksigen meningkat selama melakukan pergerakan dan latihan, sehingga meningkatkan pertukaran gas. Lebih banyak racun dihilangkan dengan pernapasan yang lebih dalam, dan pemecahan masalah dan stabilitas emosional ditingkatkan karena peningkatan oksigen ke otak. Aktivitas dan mobilisasi yang memadai juga mencegah penyatuhan sekresi di bronkus dan bronkiolus, mengurangi upaya pernapasan dan risiko infeksi. Perhatian untuk melatih otot-otot respirasi (dengan bernapas dalam-dalam) sepanjang aktivitas serta istirahat meningkatkan oksigenasi dan meningkatkan stamina (Berman et al., 2022).

4. Manfaat pada sistem pencernaan

Aktivitas dan mobilisasi meningkatkan nafsu makan dan meningkatkan tonus saluran pencernaan, memfasilitasi gerak peristaltik usus. Kegiatan seperti mendayung, berenang, berjalan, dan *sit-up* melatih otot perut dan dapat membantu meringankan sembelit atau konstipasi (Berman et al., 2022).

5. Manfaat pada sistem endokrin-metabolisme

Aktivitas dan mobilisasi meningkatkan tingkat metabolisme, sehingga meningkatkan produksi panas tubuh dan produk limbah dan penggunaan kalori. Selama olahraga berat, tingkat metabolisme dapat meningkat hingga 20 kali lipat dari tingkat normal. Ketinggian ini berlangsung setelah latihan selesai. Aktivitas dan mobilisasi meningkatkan penggunaan trigliserida dan asam lemak, menghasilkan penurunan kadar trigliserida serum, kadar hemoglobin A1C (HbA1C) glikosilasi, dan kolesterol. Mobilisasi dan latihan

juga dapat membantu penurunan berat badan, menstabilkan gula darah dan membuat sel lebih responsif terhadap insulin (Berman et al., 2022).

6. Manfaat pada sistem perkemihian

Mobilisasi dan latihan olahraga yang memadai akan meningkatkan aliran darah yang efisien, tubuh mengeluarkan limbah lebih efektif. Selain itu, stasis (stagnasi) urin di kandung kemih biasanya dicegah, yang pada gilirannya mengurangi risiko infeksi saluran kemih (ISK).

7. Manfaat pada sistem imun

Mobilisasi dan latihan memberikan manfaat positif pada sistem imun. Ketika upaya pernapasan dan musculoskeletal meningkat dengan olahraga dan karena gravitasi terdaftar dengan perubahan postural, cairan getah bening lebih efisien dipompa dari jaringan ke kapiler getah bening dan pembuluh darah di seluruh tubuh. Sirkulasi melalui kelenjar getah bening di mana penghancuran patogen dan penghapusan antigen asing dapat terjadi juga ditingkatkan (Berman et al., 2022).

8. Manfaat pada psikoneurologis

Gangguan mental atau afektif seperti depresi atau stres kronis dapat mempengaruhi keinginan seseorang untuk bergerak. Klien yang depresi mungkin kurang antusias untuk mengambil bagian dalam kegiatan apa pun dan bahkan mungkin kekurangan energi untuk praktik kebersihan biasa. Kurangnya energi yang terlihat sering terlihat dalam postur merosot dengan kepala menunduk. Stres kronis dapat menguras cadangan energi tubuh ke titik bahwa kelelahan menghambat keinginan untuk berolahraga, meskipun olahraga dapat memberi energi pada klien dan memfasilitasi coping. Sebaliknya, klien dengan gangguan makan dapat berolahraga berlebihan untuk mencegah kenaikan berat badan.

Semakin banyak bukti mendukung peran olahraga dalam meningkatkan suasana hati dan menghilangkan stres dan kecemasan sepanjang umur. Data solid yang meneliti hubungan antara gaya latihan aerobik dan nonaerobik mendukung penggunaan modalitas ini untuk meredakan gejala depresi. Mekanisme kerja dianggap sebagai hasil dari satu atau lebih hal berikut: Mobilisasi dan latihan meningkatkan kadar metabolit untuk neurotransmitter seperti nor-epinefrin dan serotonin (Berman et al., 2022). Latihan berupa olahraga melepaskan opioid endogen, sehingga meningkatkan kadar endorfin; olahraga meningkatkan kadar oksigen ke otak dan sistem tubuh lainnya, mendorong euforia. Melalui pengerahan tenaga otot (terutama dengan modalitas gerakan seperti yoga dan t'ai chi) tubuh saat mobilisasi

dan latihan akan melepaskan stres yang tersimpan terkait dengan akumulasi tuntutan emosional. Latihan teratur juga meningkatkan kualitas tidur bagi kebanyakan individu (Potter et al., 2017).

9. Manfaat pada kesejahteraan spiritual

Latihan gaya yoga meningkatkan koneksi pikiran, tubuh, hubungan dengan Tuhan, dan kesejahteraan fisik dengan membangun keseimbangan dalam lingkungan internal dan eksternal. Kombinasi kesadaran pikiran, tubuh, dan napas cenderung berdampak pada fungsi psikofisiologis. Penekanan pada pernapasan dianggap menenangkan sistem saraf dan kardiorespirasi, mempromosikan relaksasi dan kesiapan untuk pengalaman kontemplatif.

Respons relaksasi (RR), pertama kali dijelaskan oleh Dr. Herbert Benson, bermanfaat untuk menangkal beberapa efek berbahaya dari stres pada tubuh dan pikiran. Respons relaksasi adalah relaksasi fisiologis yang sehat yang dapat ditimbulkan melalui pembacaan kata atau frasa atau doa sambil duduk dengan tenang dan mengendurkan otot-otot (Berman et al., 2022). Relaksasi ini meningkatkan kesehatan spiritual melalui pelibatan doa dan religi dalam relaksasi.

10. Manfaat bagi psikologis

Kemampuan untuk bergerak tanpa rasa sakit akan mempengaruhi harga diri dan citra tubuh. Bagi kebanyakan individu, harga diri tergantung pada rasa kemandirian dan perasaan berguna atau dibutuhkan. Individu dengan gangguan mobilitas mungkin merasa tidak berdaya dan memberatkan orang lain, dan kemampuan mereka untuk bekerja dan mencari nafkah dapat dikompromikan. Mobilitas yang menyakitkan membuat coping menjadi lebih sulit. Citra tubuh dapat diubah oleh kelumpuhan, amputasi, atau gangguan motorik. Reaksi orang lain terhadap gangguan mobilitas juga dapat mengubah harga diri dan citra tubuh secara signifikan (Berman et al., 2022).

G. Bahaya atau Akibat dari Kurang Bergerak (Imobilisasi)

Mobilitas dan toleransi aktivitas dipengaruhi oleh setiap gangguan yang mengganggu kemampuan sistem saraf, sistem musculoskeletal, sistem kardiovaskular, sistem pernapasan, dan alat vestibular. Masalah bawaan seperti displasia pinggul, spina bifida, *cerebral palsy*, dan distrofi otot mempengaruhi fungsi motorik. Gangguan pada sistem saraf seperti penyakit Parkinson, multiple sclerosis, tumor sistem saraf pusat, stroke, proses infeksi (misalnya, meningitis), dan cedera kepala dan sumsum tulang belakang dapat membuat kelompok otot

melemah, lumpuh (paresis), kejang (dengan terlalu banyak tonus otot), atau otot yang lembek (tanpa tonus otot). Gangguan muskuloskeletal yang mempengaruhi mobilitas termasuk *strain*, keseleo, patah tulang, dislokasi sendi, amputasi, dan penggantian sendi. Infeksi telinga bagian dalam dan pusing dapat mengganggu keseimbangan. Banyak penyakit akut dan kronis lainnya yang membatasi pasokan oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan untuk kontraksi otot dan gerakan serius dapat mempengaruhi toleransi aktivitas. Contohnya termasuk penyakit paru obstruktif kronik, anemia, gagal jantung kongestif, dan angina (Berman et al., 2022; Potter et al., 2021).

Individu yang memiliki gaya hidup tidak aktif atau yang dihadapkan dengan tidak aktif karena penyakit atau cedera berisiko untuk banyak masalah yang dapat mempengaruhi sistem tubuh utama. Apakah imobilisasi menyebabkan masalah sering tergantung pada durasi tidak aktif, status kesehatan klien, dan kesadaran sensori klien. Imobilisasi berdampak buruk pada sistem muskuloskeletal, sistem kardiovaskular, pernapasan, pencernaan, metabolisme, sistem kemih, sistem integumen dan psikoneurologis (Berman et al., 2022).

1. Perubahan pada sistem muskuloskeletal

Tanda-tanda paling jelas dari imobilisasi berkepanjangan sering dimanifestasikan dalam sistem muskuloskeletal, dan efek *deconditioning* dapat diamati bahkan setelah beberapa hari. Klien mengalami penurunan yang signifikan dalam kekuatan otot dan kelincahan setiap kali mereka tidak mempertahankan jumlah moderat aktivitas fisik. Gangguan mobilisasi permanen yang akan mempengaruhi daya tahan otot dan penurunan massa otot, atrofi serta stabilitas otot. Imobilisasi dapat menyebabkan terjadinya gangguan *muscular* berupa penurunan massa otot sebagai dampak imobilitas secara langsung yang ditandai dengan menurunnya stabilitas. Berkurangnya massa otot dapat menyebabkan atropi pada otot (Potter et al., 2017). Imobilisasi berpengaruh pada otot akibat pemecahan protein akan mengalami kehilangan masa tubuh yang terbentuk oleh sebagian otot. Akibatnya, penurunan masa otot tidak mampu mempertahankan aktivitas (Rohman, 2019)

Imobilisasi juga menyebabkan terjadinya gangguan skeletal. Gangguan tersebut misalnya, akan mudah terjadi kontraktur sendi dan osteoporosis. Kontraktur merupakan kondisi yang abnormal dengan kriteria adanya fleksi dan fiksasi yang disebabkan atropi dan memendeknya otot. Kontraktur dapat menyebabkan sendi dalam kedudukan yang tidak berfungsi. Osteoporosis

juga dapat terjadi sebagai akibat reabsorbsi tulang semakin besar, sehingga menyebabkan jumlah kalsium ke dalam darah menurun dan jumlah kalsium yang di keluarkan melalui urine semakin besar (Berman et al., 2022; Potter et al., 2017). Keropos tulang akibat imobilisasi juga merupakan konsekuensi dari pengurangan beban mekanis. Setelah kehilangan tulang akibat imobilisasi yang parah, risiko patah tulang meningkat dalam jangka pendek dan meningkat karena perubahan tulang terkait penambahan usia (Cardozo & Bauman, 2021).

2. Perubahan pada metabolisme tubuh

Secara umum imobilisasi dapat mengganggu metabolisme secara normal. Imobilitas dapat menyebabkan turunnya kecepatan metabolisme dalam tubuh, menyebabkan penurunan *Basal Metabolism Rate* (BMR) yang mengakibatkan berkurangnya energi untuk perbaikan sel-sel tubuh. Kondisi ini dapat mempengaruhi oksigenasi sel. Tingkat metabolik basal pasien (BMR) menurun sebagai respons terhadap berkurangnya energi seluler karena penurunan kemampuan tubuh untuk menggunakan insulin. Karena glukosa tidak dapat memasuki sel, tubuh mulai memecah simpanan proteinnya untuk energi yang menghasilkan keseimbangan nitrogen negatif dan peningkatan kebutuhan oksigen. Namun, dengan adanya infeksi, pasien imobilisasi mengalami peningkatan BMR. Demam dan perbaikan luka juga akan menambah kebutuhan oksigen seluler (Potter et al., 2021). Perubahan metabolisme ini selanjutnya mengakibatkan berbagai dampak. Beberapa dampak dan perubahan metabolisme di antaranya, pengurangan jumlah metabolisme, atropi kelenjar dan katabolisme protein, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, demineralisasi tulang, gangguan asupan zat gizi, dan gangguan gastrointestinal.

3. Terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit

Imobilisasi mengganggu keseimbangan cairan dan elektrolit. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit yang disebabkan oleh imobilisasi dapat menurunkan suplai protein, menurunkan konsentrasi protein serum, dan berdampak pada kebutuhan air tubuh. Selain itu, berkurangnya pergerakan cairan dari pembuluh darah intra vaskular ke interstisial dapat menyebabkan edema, yang mengakibatkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Pergeseran besar dalam volume darah terjadi pada pasien yang tidak bergerak (imobilisasi). Diuresis (peningkatan ekskresi urin) terjadi sebagai akibat dari peningkatan aliran darah ke ginjal. Diuresis menyebabkan tubuh kehilangan elektrolit seperti kalium dan natrium dan mengurangi kadar

kalsium serum. Imobilisasi meningkatkan resorpsi kalsium dari tulang yang menyebabkan hiperkalsemia, pelepasan kelebihan kalsium ke dalam sirkulasi. Hilangnya kalsium dapat menyebabkan patah tulang patologis jika ginjal pasien tidak dapat merespon dengan tepat terhadap pengobatan (Potter et al., 2021).

4. Perubahan pada sistem pernapasan

Akibat imobilisasi, ekspansi paru menurun, dan terjadinya lemah otot yang dapat menyebabkan proses metabolisme terganggu. Imobilisasi yang berkepanjangan menyebabkan berbagai penurunan volume paru akibat melemahnya otot-otot pernapasan sehingga mengakibatkan penurunan pergerakan pernapasan, termasuk penurunan kapasitas vital akibat penurunan kinerja otot-otot inspirasi dan ekspirasi. Ada potensi penurunan volume paru-paru sekunder akibat kelemahan otot dan ventilasi terbatas dari posisi yang berhubungan dengan tirah baring. Seorang pasien tidak dapat dengan mudah bernapas dalam-dalam dan memperluas paru-paru. Pasien akan mengalami pengurangan kapasitas vital, volume residu, kapasitas residu fungsional, dan cadangan ekspirasi. Secara klinis tanda yang mudah dideteksi adalah peningkatan laju pernapasan (Potter et al., 2017).

Imobilisasi dalam waktu lama juga meningkatkan resiko terjadinya edema paru-paru, menurunnya kemampuan membersihkan sekresi tracheobronchial dan meningkatnya risiko emboli paru. Imobilisasi juga mengakibatkan fungsi jalan pernafasan menurun, pengambilan oksigen menurun yang mengakibatkan peningkatan risiko terjadinya atelaktasis paru-paru dan kolaps alveoli (Rohman, 2019). Ketidakmampuan membersihkan sekret jalan napas akibat imobilisasi juga meningkatkan risiko pneumonia hipostatik (radang paru-paru dari stasis atau penyatuhan sekresi). Kelemahan otot umum mengurangi kemampuan pasien untuk batuk. Lendir terakumulasi, terutama ketika pasien berbaring terlentang, menyediakan media yang sangat baik untuk pertumbuhan bakteri (Potter et al., 2021).

5. Perubahan pada sistem kardiovaskuler

Kondisi imobilisasi awalnya menghasilkan peningkatan denyut jantung (takikardia istirahat) dengan denyut jantung meningkat sedikit setiap hari. Peningkatan denyut jantung menjadi berlebihan bahkan dengan aktivitas ringan. Pasien mengalami penurunan volume stroke (sekitar 15% dalam 2

minggu), tetapi curah jantung relatif tidak berubah. Massa otot jantung dapat menurun tergantung pada durasi imobilisasi (Potter et al., 2021).

Setelah imobilisasi dalam waktu lama, volume dan berat ventrikel kiri dan kanan, serta sumbu ventrikel kiri juga dapat berkurang secara signifikan setelah 60 hari berbaring dengan kepala dimiringkan 6 derajat. Akibatnya, terjadi penurunan volume sekuncup (stroke volume) pada posisi berdiri, penurunan curah jantung, denyut jantung meningkat, dan terjadi hipovolemia (Rohman, 2019). Perubahan lain pada sistem kardiovaskuler akibat imobilisasi adalah mengakibatkan hipotensi ortostatik, meningkatnya kerja jantung dan terjadinya pembentukan trombus.

Terjadinya hipotensi ortostatik dapat disebabkan oleh penurunan kemampuan saraf otonom, pada posisi yang tetap dan lama. Imobilisasi dalam periode yang lama akan menyebabkan penurunan kemampuan saraf otonom untuk memenuhi persediaan darah dalam tubuh. Imobilisasi juga menyebabkan refleks neurovaskuler akan menurun dan menyebabkan vasokonstriksi, kemudian darah terkumpul pada vena bagian bawah sehingga aliran darah ke sistem sirkulasi terhambat (Mulavara et al., 2018). Imobilisasi menyebabkan terjadinya ortostatik hipotensi yang ditandai dengan penurunan tekanan darah sistolik 25 mmhg dan diastolik 10 mmhg ketika dari posisi berbaring atau duduk keposisi berdiri (Rohman, 2019).

Peningkatan kerja jantung akibat imobilisasi terjadi karena pada posisi berbaring (horizontal) menyebabkan darah pada bagian ekstrimitas bawah, meningkatkan aliran vena kembali (*venous return*) ke jantung, mengakibatkan terjadi peningkatan kerja jantung. Efek imobilisasi juga akan menyebabkan peningkatan status adrenergic denyut jantung dan penurunan efisiensi jantung. Imobilisasi juga mengakibatkan aliran darah ekstrimitas bawah statis tidak lancar, yang mengganggu faktor-faktor pembekuan pada endotel pembuluh darah. Kondisi vena statis akibat imobilisasi ini mengakibatkan timbulnya trombus (Rohman, 2019).

6. Gangguan fungsi gastrointestinal dan sistem kemih

Imobilisasi dapat menyebabkan gangguan fungsi gastrointestinal dan sistem kemih. Perubahan pada sistem gastrointestinal akibat imobilisasi dapat menurunkan hasil makanan yang dicerna, sehingga penurunan jumlah masukan yang cukup dapat menyebabkan keluhan. Seperti perut kembung, mual dan nyeri lambung yang dapat menyebabkan gangguan proses

eliminasi. Imobilisasi menyebabkan gangguan peristaltik usus, yang mengakibatkan terjadinya gangguan eliminasi feses berupa konstipasi. Aktivitas kurang dan imobilisasi akan membuat otot polos pada pencernaan menjadi lemah sehingga proses pencernaan akan lambat.

Imobilisasi juga mempengaruhi perubahan sistem kemih. Penurunan curah jantung akibat imobilisasi mengakibatkan terjadinya penurunan perfusi ginjal dan menurunkan *output* urin. Pasien yang imobilisasi terlentang dalam waktu lama mengalami kesulitan berkemih karena pembatasan posisi. Pasien pada posisi tegak, urin biasanya mengalir dari panggul ginjal ke ureter ke kandung kemih karena gravitasi. Ketika seorang pasien berada pada posisi berbaring di tempat tidur, ginjal dan ureter bergerak menuju bidang yang lebih rata, dan urin mencoba bergerak dari ginjal ke kandung kemih melawan gravitasi. Karena kontraksi peristaltik ureter tidak cukup kuat untuk mengatasi gravitasi, panggul ginjal mengisi sebelum urin memasuki ureter. Kondisi ini, menyebabkan *stasis urin*. Imobilisasi juga dapat menurunkan fungsi otot kandung kemih, mengakibatkan terjadinya statis urine dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi saluran kemih (ISK) dan batu kalsium ginjal. Endapan sedimen batu bersarang di pelvis ginjal dan melewati ureter. Pasien yang tidak bergerak juga berisiko mengalami kalkulus (batu saluran kemih) karena metabolisme kalsium yang berubah dan mengakibatkan hiperkalsemia (Potter et al., 2021).

7. Gangguan integumen

Efek langsung dari tekanan pada kulit oleh imobilisasi diperparah oleh perubahan metabolisme. Pasien dewasa yang lebih tua dan pasien dengan kelumpuhan memiliki risiko lebih besar untuk mengembangkan cedera tekanan. Ketika seorang pasien berbaring di tempat tidur atau duduk di kursi, berat tubuh berada pada tonjolan tulang. Semakin lama tekanan diterapkan, semakin lama periode iskemia (yaitu, penurunan sementara aliran darah ke jaringan) dan semakin besar risiko kerusakan kulit. Karena perubahan sirkulasi, setiap kerusakan integritas kulit sulit disembuhkan pada pasien yang tidak bisa bergerak. Gangguan perfusi meningkatkan risiko cedera tekanan, dan gangguan kognitif dapat membuat tindakan profilaksis lebih sulit (Potter et al., 2021).

8. Gangguan psikologis

Imobilisasi mengurangi kemandirian pasien dan menciptakan rasa kehilangan. Akibatnya, ada respons emosional, intelektual, sensori, dan

sosial. Perubahan emosional yang paling umum adalah depresi, isolasi sosial, gangguan istirahat, dan gangguan coping. Beberapa pasien yang tidak bisa bergerak menjadi depresi karena perubahan konsep diri. Depresi adalah gangguan afektif yang ditandai dengan perasaan sedih yang berlebihan, melankolis, kesedihan, tidak berharga, kekosongan, ketidakberdayaan, dan keputusasaan. Ini hasil dari mengkhawatirkan tingkat kesehatan, keuangan, dan kebutuhan keluarga saat ini dan masa depan. Karena imobilisasi menghilangkan pasien dari rutinitas sehari-hari mereka, mereka memiliki lebih banyak waktu untuk khawatir tentang kecacatan. Khawatir dengan cepat meningkatkan depresi pasien, menyebabkan isolasi diri. Pasien yang isolasi diri sering tidak ingin berpartisipasi dalam perawatan mereka sendiri dan tidak mau mengambil bagian dalam kegiatan lain (Potter et al., 2021).

H. Latihan

1. Suatu gerakan tubuh secara aktif yang dibutuhkan untuk menjaga kinerja otot dan mempertahankan postur tubuh disebut dengan...
 - a. Aktivitas
 - b. Latihan
 - c. Imobilisasi
 - d. Pergerakan
 - e. *Body alignment*
2. Jenis latihan berdasarkan sumber energi adalah...
 - a. Latihan isotonik
 - b. Latihan isometrik
 - c. Latihan isokinetik
 - d. Latihan aerobik
 - e. Latihan peregangan
3. Berikut ini apa yang bukan elemen dasar gerakan tubuh?
 - a. Keselarasan tubuh (postur)
 - b. Mobilitas sendi
 - c. Keseimbangan
 - d. Gerakan terkoordinasi
 - e. Kakuatan otot

4. Berikut ini apa yang bukan akibat dari imobilisasi pada sistem jantung?
 - a. Pembentukan trombus
 - b. Peningkatan beban kerja jantung
 - c. Pulsa perifer lemah
 - d. Hipertensi ortostatik
 - e. Peningkatan volume stroke
5. Apa akibat dari imobilisasi yang perlu diantisipasi?
 - a. Peningkatan kecepatan metabolisme dalam tubuh
 - b. Peningkatan *cardiac output*
 - c. Peningkatan kemampuan berkemih
 - d. Peningkatan rentang gerak
 - e. Peningkatan risiko luka tekan

I. Rangkuman Materi

1. Mobilisasi adalah kemampuan seorang untuk bergerak dengan bebas. Mobilisasi terbagi menjadi dua yaitu mobilisasi pasif dan aktif. Imobilisasi juga didefinisikan sebagai suatu pembatasan gerak atau keterbatasan fisik dari anggota badan dan tubuh untuk melakukan pergerakan.
2. Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan bergerak di mana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup. Latihan merupakan suatu gerakan tubuh secara aktif yang dibutuhkan untuk menjaga kinerja otot dan mempertahankan postur tubuh.
3. Body alignment adalah susunan geometrik bagian-bagian tubuh dalam hubungannya dengan bagian-bagian tubuh yang lain. Postur tubuh (body alignment) berhubungan dengan posisi sendi, tendon, ligamen, dan otot-otot saat berdiri, duduk, dan berbaring.
4. Gerakan tubuh melibatkan empat elemen dasar: keselarasan tubuh (postur), mobilitas sendi, keseimbangan, dan gerakan terkoordinasi.
5. Latihan dapat diklasifikasikan menurut jenis kontraksi otot (isotonik, isometrik, atau isokinetik) dan menurut sumber energi (aerobik atau anaerobik).
6. Faktor mempengaruhi keselarasan tubuh individu, mobilitas, dan tingkat aktivitas sehari-hari yaitu: pertumbuhan dan perkembangan, nutrisi, nilai-nilai pribadi dan sikap, faktor eksternal tertentu, dan adanya keterbatasan.
7. Beberapa penyebab imobilisasi antara lain kelainan postur, kelainan otot, penyakit musculoskeletal, penyakit persyarafan.
8. Latihan dan pergerakan memberikan manfaat pada berbagai sistem antara lain sistem musculoskeletal, kardiovaskuler, pernapasan, pencernaan, sistem endokrin-metabolisme, sistem perkemihan, sistem imun, bermanfaat bagi psikologis dan kesejahteraan spiritual.

9. Imobilisasi berdampak buruk pada sistem muskuloskeletal, sistem kardiovaskular, pernapasan, pencernaan, metabolisme, sistem kemih, dan pada aspek psikologis.

J. Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2017). *Nursing Theorists and Their Work-E-Book: Nursing Theorists and Their Work-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2022). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing concept, process and practice* (11th ed.). Pearson United Kingdom.
- Cardozo, C., & Bauman, W. A. (2021). Immobilization osteoporosis. In *Marcus and Feldman's Osteoporosis* (pp. 991–1032). Elsevier.
- Gligor, L., & Domnariu, C. D. (2020). Patient care approach using nursing theories-comparative analysis of Orem's Self-Care Deficit Theory and Henderson's Model. *Acta Medica Transilvanica*, 25(2), 11–14.
- Mulavara, A. P., Peters, B. T., Miller, C. A., Kofman, I. S., Reschke, M. F., Taylor, L. C., Lawrence, E. L., Wood, S. J., Laurie, S. S., & Lee, S. M. C. (2018). Physiological and functional alterations after spaceflight and bed rest. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 50(9), 1961.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2021). *Potter & Perry's Essentials of Nursing Practice, Sae, E Book*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamental of nursing* (9th ed.). Elsevier.
- Rohman, U. (2019). Perubahan Fisiologis Tubuh Selama Imobilisasi Dalam Waktu Lama. *Journal Sport Area*, 4(2), 367–378.

BAB 5

KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: TIDUR DAN ISTIRAHAT

Ns. Leni Wijaya., S.Kep., M.Kes.

Pendahuluan

Buku ajar ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kebutuhan istirahat dan tidur menggunakan pendekatan konsep keperawatan didasari konsep-konsep, sikap dan keterampilan.

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, tubuh dapat berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur memiliki makna yang berbeda bagi setiap orang. Secara umum, istirahat berarti keadaan tenang, rileks, santai, bebas dari tekanan emosional, dan gelisah. Semua orang membutuhkan istirahat dan tidur untuk menjaga kesehatan pada tingkat yang optimal, serta tidur dapat memperbaiki sel dalam tubuh.

Istirahat dan tidur sangat penting terutama bagi orang yang sakit agar proses penyembuhan sel lebih cepat. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, energi yang diperlukan untuk pemulihan dan menjalani kehidupan sehari-hari bisa terpenuhi. Orang yang lelah juga membutuhkan istirahat dan tidur ekstra. Saat beristirahat, seseorang akan merasa relaks secara mental, dan tenang secara fisik. Istirahat bukan berarti tidak melakukan aktivitas, tetapi bisa berupa aktivitas yang menyegarkan secara mental dan fisik. Setiap orang memiliki cara sendiri dalam mendapatkan istirahat dan menyesuaikan diri dengan kondisi sekitar.

Tidur adalah kondisi yang berulang-ulang, dengan perubahan status kesadaran selama periode tertentu. Orang akan merasa tenaganya pulih kembali setelah tidur yang cukup. Ahli tidur meyakini bahwa perasaan tenaga yang pulih menunjukkan bahwa tidur memberikan waktu untuk memperbaiki dan menyembuhkan sistem tubuh selama periode tertentu.

Pada buku ajar ini, mahasiswa akan mempelajari konsep dasar istirahat dan tidur dengan cara:

1. Mempelajari tujuan dari setiap kegiatan.
2. Mempelajari materi secara bertahap pada kegiatan yang meliputi: pengertian istirahat dan tidur, siklus tidur, fisiologi tidur, tahapan tidur, faktor-faktor yang mempengaruhi kuantitas dan kualitas tidur, jenis-jenis gangguan tidur yang sering terjadi, konsep asuhan keperawatan pada pasien kebutuhan istirahat dan tidur.
3. Melakukan tugas sesuai dengan latihan belajar.
4. Mempelajari rangkuman pada kegiatan belajar.
5. Mengerjakan tes formatif pada akhir kegiatan.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Setelah mempelajari buku ajar ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang pengertian istirahat dan tidur, fisiologi tidur, tahapan tidur, siklus tidur, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kuantitas dan kualitas tidur, jenis-jenis gangguan istirahat dan tidur, asuhan keperawatan pada pasien dengan kebutuhan istirahat dan tidur.

1. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian istirahat dan tidur.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang fisiologi tidur.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tahapan dan siklus tidur.
4. Mahasiswa mampu menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kuantitas dan kualitas tidur.
5. Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kebutuhan istirahat dan tidur.

URAIAN MATERI

A. Pengertian

1. Istirahat

Keadaan tenang, relaks, tanpa tekanan emosional dan bebas dari perasaan gelisah. Istirahat bukan berarti tidak melakukan aktivitas sama sekali, tapi juga kondisi yang membutuhkan ketenangan. Terkadang, jalan-jalan di taman, nonton tv, dan sebagainya juga dapat dikatakan sebagai bentuk istirahat. Keadaan istirahat berarti berhenti sebentar untuk melepaskan lelah, bersantai untuk menyegarkan diri, atau suatu keadaan untuk melepaskan diri dari segala hal yang membosankan, menyulitkan bahkan menjengkelkan (Alimul, 2006).

a. Karakteristik istirahat

Terdapat beberapa karakteristik istirahat, misalnya Narrow (1967), yang dikutip Perry dan Potter 1993, (dalam Alimul 2006), mengemukakan ada 6 karakteristik, yaitu:

- 1) merasakan bahwa segala sesuatunya dapat diatasi;
- 2) merasa diterima;
- 3) mengetahui apa yang sedang terjadi;
- 4) bebas dari gangguan ketidaknyamanan;
- 5) mempunyai sejumlah kepuasan terhadap aktivitas yang mempunyai tujuan;
- 6) mengetahui adanya bantuan sewaktu memerlukan.

b. Meningkatkan istirahat

Banyak faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk memperoleh istirahat yang cukup. Dalam kesehatan komunitas dan rumah, perawat membantu klien mengembangkan perilaku istirahat dan relaksasi. Hal ini mencakup saran-saran perubahan lingkungan atau kebiasaan gaya hidup tertentu. Sebagai contoh: perhatian yang tidak mencukupi terhadap kebutuhan tidur diantara pekerja dewasa adalah masalah utama dalam masyarakat kita.

2. Tidur

Status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur juga dikatakan merupakan keadaan tidak sadar dimana individu dapat dibangunkan oleh stimulus atau sensoris yang sesuai (Guyton, 1986 dalam Alimul 2006), atau juga dapat dikatakan sebagai

keadaan tidak sadarkan diri yang relatif, bukan hanya keadaan penuh ketenangan tanpa kegiatan, tetapi lebih merupakan suatu urutan siklus yang berulang, dengan ciri adanya aktivitas yang minimum, memiliki kesadaran yang bervariasi, terdapat perubahan proses fisiologis dan terjadi penurunan respons terhadap rangsangan dari luar.

B. Fisiologi Tidur

Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua sistem pada batang otak, yaitu: *Reticular Activating System* (RAS) dan *Bulbar Synchronizing Region* (BSR). RAS di bagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran, memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensori raba serta emosi dan proses berfikir. Pada saat sadar, RAS melepaskan katekolamin, sedangkan pada saat tidur terjadi pelepasan serum serotonin dari BSR. (Hidayat, 2008).

Ritme Sirkadian

Setiap makhluk hidup memiliki bioritme (jam biologis) yang berbeda. Pada manusia, bioritme ini dikontrol oleh tubuh dan disesuaikan dengan faktor lingkungan (misalnya: cahaya, kegelapan, gravitasi dan stimulus elektromagnetik). Bentuk bioritme yang paling umum adalah ritme sirkadian yang melengkapi siklus selama 24 jam. Dalam hal ini, fluktuasi denyut jantung, tekanan darah, temperatur, sekresi hormon, metabolism dan penampilan serta perasaan individu bergantung pada ritme sirkadiannya.

Tidur adalah salah satu irama biologis tubuh yang sangat kompleks. Sinkronisasi sirkadian terjadi jika individu memiliki pola tidur-bangun yang mengikuti jam biologisnya. Individu akan bangun pada saat ritme fisiologis paling tinggi atau paling aktif dan akan tidur pada saat ritme tersebut paling rendah.

C. Tahapan Tidur

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan bantuan alat *elektroensefalogram* (EEG), *elektro-okulogram* (EOG), dan *elektrokiogram* (EMG), diketahui ada dua tahapan tidur, yaitu *non-rapid eye movement* (NREM) dan *rapid eye movement* (REM). (Asmadi, 2008).

Aktivitas tidur dikendalikan oleh sistem pada batang otak. Secara fisiologis, ada 2 tahapan dari tidur yaitu :

1. Non REM/ NREM (*Non Rapid Eye Movement*) disebut juga dengan tidur gelombang pendek, karena pada tahap ini gelombang otak lebih pendek

dibanding saat sadar. Tidur Non REM ada 4 tahap. Tahap I dan II merupakan tidur ringan (*light sleep*), karena mudah dibangunkan. Tahap III dan IV merupakan tidur dalam (*deep-sleep /delta-sleep*), karena pada tahap ini orang tidur sangat lelap. Adapun karakteristik setiap tahap adalah:

- a. Tahap I:
 - ✓ Mulai tertidur dan berlangsung dalam waktu yang sangat singkat, sekitar 5 menit.
 - ✓ Merupakan 5% dari keseluruhan tidur.
 - ✓ Keadaan relaks, masih sadar dengan lingkungannya dan mudah bangun.
 - ✓ Kelopak mata membuka dan menutup pelan-pelan, bola mata bergerak ke atas dan ke bawah.
- b. Tahap II:
 - ✓ Tahap awal benar-benar tidur.
 - ✓ Dapat bangun relatif mudah, otak mulai relaksasi.
 - ✓ Berlangsung sekitar 15 menit dan merupakan 50 – 55% dari tidur.
- c. Tahap III:
 - ✓ Merupakan awal tidur nyenyak, relaksasi otot menyeluruh.
 - ✓ Berlangsung sekitar 15-30 menit dan merupakan 10 % dari tidur.
 - ✓ Tidur dalam, cenderung sulit dibangunkan.
- d. Tahap IV:
 - ✓ Tidur semakin dalam (*delta sleep*) dan sulit dibangunkan sehingga membutuhkan rangsangan
 - ✓ Berlangsung 10 % dari tidur.
 - ✓ Nadi dan pernafasan menurun, otot-otot sangat relaks.
 - ✓ Metabolisme lambat dan temperatur tubuh menurun.
 - ✓ Bila dibangunkan tampak bingung.

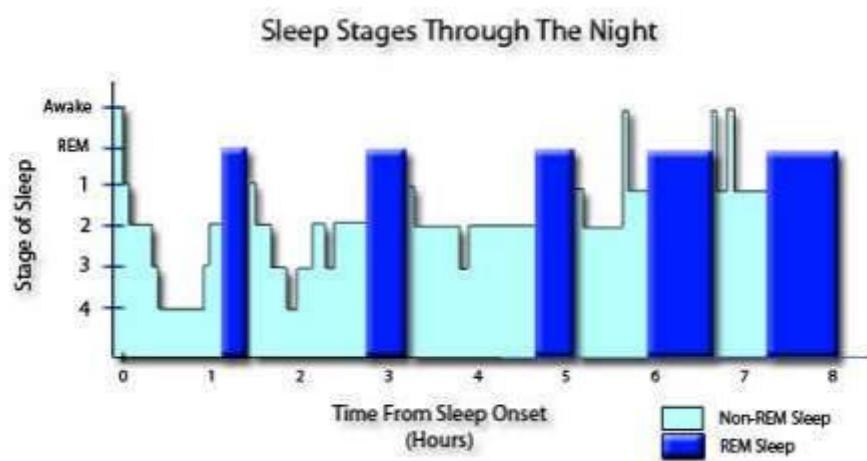
2. REM/I-REM (Rapid Eye Movement). Seseorang yang sedang tidur pada tahap REM bila dibangunkan biasanya mengatakan baru saja bermimpi. Tidur REM biasanya terjadi tiap 90 menit setelah tertidur dan berlangsung selama 5-30 menit. Ciri-ciri tidur tahap REM adalah:

- ✓ Fase tidur ini lebih dalam dari NREM.
- ✓ Sulit dibangunkan atau sebaliknya dapat bangun dengan tiba-tiba.
- ✓ Bola mata cenderung bergerak cepat.
- ✓ Berlangsung 20-25 % dari tidurnya semalam.
- ✓ Pernafasan dan denyut jantung menjadi cepat, tekanan darah naik fluktuasi.

- ✓ Metabolisme dan suhu tubuh naik.
- ✓ Penting untuk keseimbangan mental emosi dan berperan dalam belajar memori dan adaptasi.

Siklus tidur

Bagaimana seseorang melewati fase REM dan N REM pada tidurnya tergambar pada siklus dibawah ini.



Gambar 5.1 Siklus Tidur

Selama tidur, seseorang biasanya melewati 3-4 tahapan tidur NREM sebelum masuk ke fase REM. Siklus atau perputaran antara dua fase ini akan terus berulang selama tidur, yang masing-masingnya membutuhkan waktu antara 1 – 2 jam. Siklus ini dapat berulang sekitar 3 hingga 4 kali dalam satu malam.

D.Faktor Yang Mempengaruhi Kuantitas Dan Kualitas Tidur

Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur, di antaranya adalah penyakit, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stress emosional, stimulan dan alkohol, diet, merokok, dan motivasi. Selanjutnya mari kita bahas faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur.

Kuantitas dan kualitas tidur dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kualitas tidur individu menunjukkan adanya kemampuan individu untuk tidur dan memperoleh jumlah istirahat sesuai dengan kebutuhannya (Hidayat & Uliyah, 2015).

Tabel 5.1 Kebutuhan Tidur Manusia

Usia	Tingkat Perkembangan	Jumlah Kebutuhan Tidur
0-1 bulan	<i>Neonatus</i>	14-18 jam/hari dengan 50% REM
1-18 bulan	<i>Baby</i>	12-14 jam/hari dengan 20%-30% REM
18 bulan-3 tahun	<i>Toddler</i>	11-12 jam/hari dengan 25% REM
3-6 tahun	<i>Preschool</i>	11 jam/hari dengan 20% REM
6-12 tahun	<i>School Age</i>	10 jam/hari dengan 18,5% REM
12-18 tahun	<i>Teenager</i>	8,5 jam/hari dengan 20% REM
18-40 tahun	<i>Young Adult</i>	7-8 jam/hari dengan 20%-25% REM
40-60 tahun	<i>Old Adult</i>	7 jam/hari dengan 20% REM
60 tahun ke atas	<i>Elderly</i>	6 jam/hari, jika tidur sering terbangun. Tahap 4 NREM sering tidak ada

1. Penyakit

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

2. Lingkungan

Faktor lingkungan dapat membantu sekaligus menghambat proses tidur. Tidak adanya stimulus tertentu atau adanya stimulus dapat menghambat upaya tidur. Sebagai contoh, pencahayaan, tingkat kebisingan, temperatur yang tidak nyaman, posisi tempat tidur, kebersihan dari tempat tidur tersebut atau ventilasi yang buruk dapat mempengaruhi tidur seseorang. Akan tetapi, seiring waktu individu bisa beradaptasi dan tidak lagi terpengaruh dengan kondisi tersebut. Keadaan lingkungan yang aman dan nyaman bagi seseorang dapat mempercepat terjadinya proses tidur.

3. Latihan dan Kelelahan

Kelelahan akibat kegiatan yang padat dapat memerlukan lebih banyak tidur untuk menjaga keseimbangan energi yang telah dikeluarkan. Sehingga orang yang telah beraktivitas akan mengalami lelah. Oleh karena itu orang tersebut akan lebih cepat tidur karena gelombang lambatnya akan diperpendek.

4. Gaya Hidup

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

5. Stress Emosional

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

6. Stimulant dan Alkohol

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

7. Diet

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

8. Merokok

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

9. Medikasi

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

10. Motivasi

Motivasi merupakan suatu dorongan atau keinginan seseorang untuk tidur, yang dapat mempengaruhi proses tidur. Selain itu, adanya keinginan untuk menahan tidak tidur dapat menimbulkan gangguan proses tidur.

Jadi ada 10 faktor yang dapat mempengaruhi seseorang dalam proses tidurnya, bila kita hubungkan dengan klien di masyarakat, disini akan

membantu kita menentukan asuhan keperawatan apabila menemukan klien yang datang dengan gangguan tidur.

E. Gangguan Tidur Yang Umum 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 karena faktor mental seperti perasaan gundah atau gelisah.

Ada tiga jenis insomnia:

- a. Insomnia inisial: Kesulitan untuk memulai tidur.
- b. Insomnia intermiten: Kesulitan untuk tetap tertidur karena seringnya terjaga.
- c. Insomnia terminal: Bangun terlalu dini dan sulit untuk tidur kembali.

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 (misalnya: membaca, mendengarkan musik, dan tidur jika benar-benar mengantuk).

2. Parasomnia

Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Gangguan ini umum terjadi pada anak-anak. Beberapa turunan parasomnia antara lain sering terjaga (misalnya: tidur berjalan, *night terror*), gangguan transisi bangun-tidur (misalnya: mengigau), parasomnia yang terkait dengan tidur REM (misalnya: mimpi buruk), dan lainnya (misalnya: bruksisme).

3. Hipersomnia

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

4. Narkolepsi

Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tak tertahan yang muncul secara tiba-tiba pada siang hari. Gangguan ini disebut juga sebagai "serangan tidur" atau *sleep attack*. Penyebab pastinya belum diketahui.

Diduga karena kerusakan genetik system saraf pusat yang menyebabkan tidak terkendali lainnya periode tidur REM. Alternatif pencegahannya adalah dengan obat-obatan, seperti: amfetamin atau metilpenidase, hidroklorida, atau dengan antidepresan seperti imipramin hidroklorida. Misalnya tidur dalam kondisi mengemudi, duduk, dan tiba-tiba tidur pada saat sedang berbincang-bincang.

5. Apnea Saat Tidur dan Mendengkur

Apnea saat tidur atau *sleep* adalah kondisi terhentinya nafas secara periodik pada saat tidur. Kondisi ini diduga terjadi pada orang yang mengorok dengan keras, sering terjaga di malam hari, insomnia, mengatup berlebihan pada siang hari, sakit kepala di siang hari, iritabilitas, atau mengalami perubahan psikologis seperti hipertensi atau aritmia jantung. Mendengkur sendiri disebabkan oleh adanya rintangan dalam pengairan udara di hidung dan mulut pada waktu tidur, biasanya disebabkan oleh adenoid, amandel atau mengendurnya otot di belakang mulut. Terjadinya apnea dalam durasi yang lama dapat menyebabkan kadar oksigen dalam darah menurun dan denyut nadi menjadi irreguler.

6. Enuresa

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

F. Konsep Asuhan Keperawatan Kebutuhan Istirahat dan Tidur

1. Pengkajian Keperawatan

Dalam memberikan layanan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kebutuhan dasar istirahat dan tidur maka aspek yang perlu dikaji pada klien meliputi pengkajian sebagai berikut (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

a. Riwayat Tidur

- 1) Pola tidur, seperti pasien bangun dan tidur jam berapa serta pola tidur yang teratur
- 2) Kebiasaan yang dilakukan klien menjelang tidur, berdoa, mencuci kaki, mendengar musik
- 3) Gangguan tidur yang sering dialami pasien dan tindakan yang dilakukan dalam mengatasinya

- 4) Kebiasaan tidur siang: jam berapa biasanya pasien tidur dan berapa lama?
 - 5) Lingkungan tidur, bagaimana pencahayaan, temperatur dan kebisingan
 - 6) Peristiwa yang baru dialami klien dalam hidup. Kondisi kehidupan pasien yang dapat menjadi faktor penyebab masalah tidur
- b. Status emosi dan mental klien. Status emosi dan mental mempengaruhi kemampuan pasien untuk istirahat dan tidur. Perawat perlu mengkaji tentang status emosional dan mental pasien, misalnya pasien mengalami ansietas dan sumber dari ansietas tersebut.
- c. Perilaku deprivasi tidur yaitu tanda dan gejala fisik dan perilaku yang timbul sebagai efek dari gangguan istirahat tidur, seperti:
- 1) Wajah, misalnya mata panda, mata sembab, konjungtiva kemerahan, atau mata cekung.
 - 2) Perilaku yang terkait dengan gangguan istirahat tidur, misalnya apakah klien mudah tersinggung, selalu menguap, kurang fokus, atau terlihat bingung.
 - 3) Kelelahan, misalnya apakah klien lelah, letih, atau lesu.
- d. Gejala Klinis
- Gejala klinis yang bisa terjadi: perasaan letih, tidak tenang, emosi, apatis, mata panda, mata Bengkak, konjungtiva merah dan mata perih, kurang konsentrasi dan nyeri kepala.
- e. Penyimpangan Tidur
- Kaji penyimpangan tidur seperti insomnia, somnambulisme, enuresis, narkolepsi, *night terrors*, mendengkur dan lain-lain.
- f. Pemeriksaan Fisik
- 1) Tingkat energi, seperti kelelahan, keletihan, dan merasa lesu.
 - 2) Ciri-ciri di wajah, seperti mata sembab, mata sipit dan mata merah.
 - 3) Ciri-ciri perilaku, kurang bersemangat, bicara lambat, susah konsentrasi.
 - 4) Data penunjang yang menimbulkan adanya masalah potensial seperti kegemukan, septum deviasi, hipotensi, pernapasan dangkal dan dalam.
- g. Pemeriksaan Penunjang
- 1) Elektrocefalogram (EEG)
 - 2) Elektromiogram (EMG)
 - 3) Elektrookulogram (EOG)

2. Diagnosis Keperawatan

Masalah 1: Kelelahan (PPNI, 2017)

a. Definisi

Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.

b. Penyebab

- 1) Gangguan tidur
- 2) Gaya hidup tidak bervariasi
- 3) Kondisi fisiologis (misalnya kehamilan, penyakit kronis, dan lain-lain)
- 4) Rencana perawatan atau pengobatan jangka panjang
- 5) Berduka disfungsional
- 6) Stres berlebihan
- 7) Depresi

c. Gejala dan tanda mayor

- 1) Subjektif: kelelahan meski telah tidur, kurang berenergi.
- 2) Objektif: tidak mampu melakukan ADL dengan baik atau tampak lesu.

d. Gejala dan tanda minor

- 1) Subjektif: menyalahkan diri sendiri karena merasa tidak bertanggung jawab, dan gairah seks menurun.
- 2) Objektif: kebutuhan istirahat meningkat.

e. Kondisi klinis terkait

- 1) Anemia
- 2) Kanker
- 3) Hipotiroidisme/Hipertiroidisme
- 4) AIDS
- 5) Depresi
- 6) Menopause

Masalah 2: Gangguan pola tidur (PPNI, 2017)

a. Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

b. Penyebab

- 1) Faktor lingkungan (misalnya temperatur, pencahayaan, kebisingan, dll)
- 2) Kurangnya kontrol tidur
- 3) Kurangnya kebebasan pribadi
- 4) *Restraint* fisik
- 5) Tidur sendiri

- 6) Asing dengan kondisi kumat tidur
- c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif: keluhan susah tidur, sering terbangun, tidur tidak puas, pola tidur berubah, dan istirahat tidak cukup.
- d. Gejala dan tanda minor

Subjektif: mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.
- e. 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

a. Kelebihan

Edukasi aktivitas/istirahat (PPNI, 2017)

- 1) Tujuan dan kriteria hasil
 - a) Tujuan

Mengedukasi pasien terkait pengelolaan istirahat dan tidur setelah beraktivitas.
 - b) Kriteria hasil (PPNI, 2019)
 - 1) Tenaga meningkat
 - 2) Pola istirahat membaik
- 2) Intervensi Keperawatan
 - a) Observasi

Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
 - b) Terapeutik
 - ✓ Siapkan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat
 - ✓ Rencanakan pemberian edukasi sesuai dengan kesepakatan
 - ✓ Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya
 - c) Edukasi
 - ✓ Jelaskan perlunya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin.
 - ✓ Anjurkan ikut dalam kegiatan kelompok, bermain atau kegiatan lainnya.
 - ✓ Anjurkan membuat jadwal aktivitas dan istirahat.

- ✓ Anjurkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (misalnya kelelahan, sesak napas saat beraktivitas).
- ✓ Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis kegiatan yang sesuai kemampuan.

d) Kolaborasi

Manajemen energi (PPNI, 2018)

1) Tujuan dan kriteria hasil

a) Tujuan

Mengidentifikasi pengelolaan energi untuk mencegah kelelahan dan mempercepat proses pemulihan.

b) Kriteria hasil (PPNI, 2019)

- ✓ Meningkatnya energi pasien.
- ✓ Meningkatnya kemampuan aktivitas.
- ✓ Keluhan merasakan lelah menurun.

2) Intervensi Keperawatan (PPNI, 2019)

a) Observasi

- ✓ Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.
- ✓ Monitor kelelahan fisik dan emosional.
- ✓ Monitor pola dan jam tidur.
- ✓ Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

b) Terapeutik

- ✓ Siapkan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misalnya: cahaya, suara, kunjungan).
- ✓ Lakukan ROM aktif/pasif.
- ✓ Berikan kegiatan distraksi yang menyenangkan.
- ✓ Fasilitasi duduk disamping tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

c) Edukasi

- ✓ Anjurkan tirah baring.
- ✓ Anjurkan beraktivitas secara bertahap.
- ✓ Anjurkan untuk melaporkan kepada perawat jika manifestasi kelelahan tidak berkurang.
- ✓ Ajarkan strategi coping dalam menurunkan kelelahan.

d) Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

b. Gangguan Pola Tidur

Dukungan tidur (PPNI, 2018)

1) Tujuan dan kriteria hasil

a) Tujuan

Membantu siklus tidur klien secara teratur.

b) Kriteria hasil (PPNI, 2019)

- ✓ Keluhan sulit tidur menurun.
- ✓ Sering terbangun menurun.
- ✓ Perasaan tidak cukup tidur menurun.

2) Intervensi Keperawatan

a) Observasi

- ✓ Identifikasi pola aktivitas dan tidur.
- ✓ Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis).
- ✓ Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misalnya: kopi, the, alkohol).
- ✓ Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.

b) Terapeutik

- ✓ Modifikasi lingkungan (misalnya: pencahayaan, kebisingan, dll).
- ✓ Batasi waktu tidur siang, jika perlu.
- ✓ Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur.
- ✓ Tetapkan jadwal tidur rutin.
- ✓ Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya: pijat, pengaturan posisi, akupresur).
- ✓ Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.

c) Edukasi

- ✓ Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.
- ✓ Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.
- ✓ Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.
- ✓ Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM.
- ✓ Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misalnya: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja)
- ✓ Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

Terapi musik (PPNI, 2018)

1) Tujuan dan kriteria hasil

a) Tujuan

Membuat klien merasa nyaman dan rileks.

b) Kriteria Hasil (PPNI, 2019)

- ✓ Keluhan sulit tidur menurun.
- ✓ Keluhan istirahat tidak cukup menurun.
- ✓ Rileks meningkat.

2) Intervensi Keperawatan (PPNI, 2018)

a) Observasi

- ✓ Identifikasi adanya perubahan perilaku atau fisiologis yang akan dicapai (misalnya: relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dll).
- ✓ Identifikasi ketertarikan terhadap musik.
- ✓ Identifikasi musik yang disukai.

b) Terapeutik

- ✓ Pilih musik yang disukai.
- ✓ Posisikan dalam posisi yang nyaman.
- ✓ Batasi ransangan eksternal selama terapi dilakukan (misalnya: lampu, suara, telepon).
- ✓ Siapkan perlengkapan terapi musik.
- ✓ Atur volume suara yang sesuai.
- ✓ Berikan terapi musik sesuai indikasi.
- ✓ Lakukan pemberian terapi musik sesuai dengan waktu yang efektif.
- ✓ Hindari pemberian terapi musik saat cedera kepala akut.

c) Edukasi

- ✓ Jelaskan tujuan dan SOP terapi musik.
- ✓ Anjurkan rileks selama mendengarkan musik.

G. Latihan

1. Perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur, disebut ?
 - A. Parasomnia
 - B. Hipersomnia
 - C. Insomnia
 - D. Narkolepsi
 - E. Enuresa
2. Perilaku pada pertanyaan no 1 diderita oleh
 - A. Anak-anak
 - B. Remaja
 - C. Dewasa muda
 - D. Dewasa tengah
 - E. Lanjut usia
3. Pasien yang mengalami hipersomnia adalah pasien dengan penyakit, kecuali
 - A. Hipotiroidisme
 - B. Hipertiroidisme
 - C. CKD
 - D. Sirosis
 - E. Hepatitis
4. Status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun adalah arti dari
 - A. Istirahat
 - B. Tidur
 - C. Santai
 - D. Rekreasi
5. Tn. U. 50 tahun, datang ke tempat anda mengeluh beberapa hari terakhir ini tidak bisa tidur, sering terbangun dan susah untuk tidur kembali. Bila melihat keluhan Bp. U, beliau mengalami gangguan tidur
 - A. Insomnia
 - B. Parasomnia
 - C. Narkolepsi
 - D. Somnambulisme
6. Tn. I, umur 60 tahun datang ke tempat anda karena merasa sakit di daerah kelamin, beliau seorang perokok, setelah diperiksa ternyata beliau juga mengalami BPH (*benigne prostat hypertrophy*). Beliau bertanya bagaimana

caranya supaya bisa tidur nyenyak, karena beberapa hari tidak bisa tidur. Tindakan keperawatan yang anda lakukan

- A. Menjelaskan bahwa keadaannya yang menyebabkan gangguan tidur
- B. Mengajari klien supaya pada sore hari tidak usah tidur
- C. Memberikan obat perangsang tidur
- D. Menganjurkan untuk segera operasi

7. Seorang perokok biasanya mengalami gangguan tidur

- A. Somnambulisme
- B. Narkolepsi
- C. Apnea tidur
- D. Insomnia

8. Seorang ibu datang ke tempat anda mengeluh anaknya tidak bisa tidur, hal apa yang akan Anda kaji

- A. Kebiasaan tidur sama siapa?
- B. Lingkungan mendukung/tidak?
- C. Mainannya/boneka ada/hilang?
- D. Ada gangguan kondisi tubuh?

H.Rangkuman Materi

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, tubuh baru dapat berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur sendiri memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Tidur adalah suatu keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu. Jika orang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya telah pulih kembali.

Secara umum, istirahat berarti suatu keadaan tenang, releks, santai, tanpa tekanan emosional, dan bebas dari perasaan gelisah. Tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur dikarakteristikkan dengan aktivitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, perubahan proses fisiologis tubuh, dan penurunan respons terhadap stimulus eksternal. Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua sistem pada batang otak, yaitu *Reticular Activating System* (RAS) dan *Bulbar Synchronizing Region* (BSR). RAS di bagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran, memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensori raba, serta emosi dan proses berfikir. Tahapan tidur, yaitu *non-rapid eye movement* (NREM) dan *rapid eye movement* (REM).

Faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur, diantaranya adalah penyakit, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stress emosional, stimulan dan alkohol, diet, merokok, dan motivasi. Gangguan dalam tidur dapat berupa insomnia, parasomnia, hipersomnia, narkolepsi dan apnea.

I. Daftar Pustaka

- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Perry, at al. 2005. *Keterampilan dan Prosedur Dasar Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Risnah., Musdalifah., Amal. Adriana., Nurhidayah., Rasmawati. 2022. *Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia Berdasarkan Referensi SDKI, SLKI, dan SIKI*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

BAB 6

KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: BERPAKAIAN

Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB.

Pendahuluan

Pembaca yang budiman, selamat telah menyelesaikan materi sebelumnya. Sekarang Anda akan mempelajari "Konsep dan Prinsip KDM Henderson: Menarik." Pada topik kali ini anda akan belajar tentang kebutuhan dasar manusia yang menjelaskan: konsep manusia, pengertian kebutuhan dasar manusia, jenis-jenis kebutuhan dasar manusia, penulisan konsep perawatan di bidang kebutuhan dasar manusia, dari penilaian satu ke penilaian lainnya, mengenalkonsep. : kebutuhan kebersihan diri, kebutuhan buang air kecil, kebutuhan buang air besar, kebutuhan istirahat/tidur, kebutuhan beraktivitas dan mobilisasi, kebutuhan rasa aman dan sejahtera serta kemampuan melakukan perawatan kecantikan. Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan seseorang untuk menjaga keseimbangan fisiologis dan mental, yang tujuannya untuk memelihara kehidupan dan kesehatan. Menurut teori pola Virginia Henderson, terdapat 14 komponen kebutuhan dasar manusia, yang dapat dibagi menjadi empat kategori, yaitu komponen kebutuhan biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual. Selama fase pengkajian, perawat menilai kebutuhan primer pasien menggunakan 14 komponen yang disebutkan di atas. Dalam pengumpulan data, perawat menggunakan metode wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi yang melibatkan indra penglihatan, penciuman, sentuhan, dan pendengaran. Setelah mengumpulkan data, perawat menganalisisnya dan membandingkannya dengan pengetahuan dasar tentang kesehatan dan penyakit. Hasil analisis inilah yang menentukan diagnosa keperawatan yang akan muncul (Risnah dan Irwan, 2021). Oleh karena itu, akan timbul masalah akibat deficit perawatan diri: berpakaian.

Setelah mempelajari materi ini, peserta diharapkan dapat mengidentifikasi konsep kebutuhan dasar manusia dengan benar dalam berpakaian, dengan pengalaman belajar ceramah, tanya jawab serta praktikum diklinik yang dijalankan dalam pelatihan ini sehingga peserta dapat memapatkan kompetensi sesuai dan optimal

terkait dengan asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia khususnya berpakaian di rumah sakit atau dipelayanan kesehatan lain.

Oleh karena itu tujuan berpakaian adalah pasien yang diperhatikan pakaian yang digunakan tidak hanya untuk menutup aurat sebagai manusia, tetapi juga sebagai pelindung tubuh, perhiasan dan keindahan yang dapat dilihat dan dirasakan manusia.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional

Setelah menyelesaikan materi rencana asuhan perawatan ini, diharapkan Anda akan dapat:

1. Memahami Konsep kebutuhan dasar manusia: berpakaian
2. Mampu memilih dan mengenakan pakaian yang diinginkan juga mempengaruhi rasa kemandirian pasien
3. Pakaian mewakili identitas dan kepribadian, tetapi juga melindungi tubuh pasien dan menjaga privasi individu
4. Menyiapkan pakaian klien sebagai bagian dari asuhan keperawatan;
5. Menolong klien/pasien berpakaian di tempat tidur;
6. Membantu klien/pasien berpakaian dengan mandiri;
7. Melakukan evaluasi keperawatan pada setiap masalah keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami gangguan memenuhi kebutuhan personal khususnya berpakaian sendiri

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menerapkan prinsip etik, perspektif hukum dan budaya dalam keperawatan (CP.PK.01)
2. Mampu memahami ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan proses keperawatan (CP.PK.02)
3. Mampu memberikan asuhan keperawatan secara professional pada tatanan laboratorium dan lapangan (klinik dan komunitas) untuk meningkatkan dan kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan klien (CP.PK.03)
4. Mampu melaksanakan keterampilan komunikasi dalam asuhan keperawatan dan informasi ilmiah (CP.PK.04)

URAIAN MATERI

A. Konsep Dasar Manusia Menurut Virginia Henderson

Ibu Virginia Henderson membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 14 unsur sebagai berikut: Seseorang harus dapat bernapas dengan normal, makan dan minum yang cukup, dapat buang air besar dan kecil dengan mudah setiap hari, serta bergerak dan melakukan gerakan-gerakan yang diinginkan untuk melaksanakan guna mempertahankan hal tersebut. . Postur tubuh, kemampuan tidur dan istirahat dengan tenang, memilih pakaian yang sesuai dan nyaman, menjaga suhu tubuh dalam batas normal dengan menyesuaikan pakaian dengan perubahan lingkungan, menjaga kebersihan dan penampilan diri, menghindari risiko lingkungan dan menghindari kontak dengan orang lain, berkomunikasi dengan orang lain dengan mengungkapkan perasaan, kebutuhan, ketakutan dan pendapatnya, mengamalkan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaannya, mengumpulkan modal untuk membiayai kebutuhan hidup, bersenang-senang atau ikut serta dalam berbagai bentuk rekreasi dan pembelajaran, menemukan rasa ingin tahu atau kepuasan, yang menuntun kembali dalam keadaan normal. Pembangunan, kesehatan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang tersedia (Aini Nur, 2018; Elon, Yunus dkk. (2021))

B. Personal Hygiene

Kebersihan pribadi berasal dari kata Yunani “pribadi” yang berarti “individu” dan “higiene” yang berarti “sehat”. Personal higiene merupakan pembersihan seluruh bagian tubuh agar seseorang tetap bersih dan sehat, termasuk dalam berpakaian (Natalia, 2015). Personal higiene merupakan upaya manusia untuk menjaga dan menjaga kebersihan diri guna menjaga kenyamanan individu (Asthingsih dan Wijayanti, 2019). Kebersihan pribadi atau personal higiene adalah tindakan perawatan diri yang melibatkan menjaga kebersihan bagian tubuh seperti rambut, mata, hidung, mulut, gigi dan kulit (Nurudeen dan Toyin, 2020).

C. Faktor Yang Mempengaruhi Personal Hygiene

- 1) **Status kesehatan:** Klien dalam kondisi sakit atau cedera, sehingga memerlukan *bedrest*, apalagi dalam waktu lama, hal ini akan mempengaruhi kemampuan seseorang memenuhi kebutuhan personal hygiene dan tingkat kesehatan klien. Di sinilah peran perawatan untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene dan mencegah gangguan seperti kerusakan membrane

mukosa, kulit dan lain lain.

2) Budaya: Sejumlah mitos berkembang di masyarakat menjelaskan bahwa seseorang yang dalam keadaan sakit tidak dimandikan, hal ini dikarenakan nanti penyakitnya tambah parah.

3) Status sosial-ekonomi: Seseorang dalam kegiatan pemenuhan personal hygiene yang baik memerlukan sarana dan prasarana, seperti kamar mandi, air cukup dan bersih, peralatan (misalnya sabun, shampo, dan lain lain) dan berpakaian (Nancy Roper, 2002). Hal ini membutuhkan biaya dan akan berpengaruh seseorang dalam memenuhi dan mempertahankan personal hygiene dengan baik.

4) Tingkat pengetahuan dan perkembangan

Kedewasaan seseorang berpengaruh pada kualitas hidup, salah satunya pengetahuan yang lebih baik. Pengetahuan itu penting untuk meningkatkan status kesehatan seseorang. Sebagai contoh, agar seseorang terhindar dari penyakit kulit, maka seseorang tersebut harus selalu menjaga kulit agar tetap bersih dengan mandi secara teratur dan menggunakan sabun dan air bersih.

5) Cacat jasmani atau mental

Seseorang dengan disabilitas fisik atau mental mempengaruhi kemampuannya dalam melakukan aktivitas pribadi, termasuk berpakaian.

6) Kondisi sosial

Meskipun anak-anak menerima peraturan kebersihan dari orang tuanya, remaja lebih menghargai kebersihan di bawah pengaruh teman atau pasangannya. Praktik kebersihan bagi lansia dapat berubah tergantung pada situasi kehidupan mereka.

7) Citra tubuh

Penampilan umum klien dapat menggambarkan pentingnya hygiene pada orang tersebut dan pakaian yang digunakan dalam penampilannya. Jika seorang klien rapi sekali maka perawat mempertimbangkan ketika merencanakan perawatan dan akan berkonsultasi membuat keputusan dalam perawatan hygiene dan memilih pakaian yang digunakan.

Contoh: klien yang telah mengalami pembedahan seperti kolostomi selalu memperhatikan penampilan stoma dan bau fekal, maka perawat membantu klien menjaga kebersihan area stoma dan mengurangi atau menghilangkan bau. Pasien juga diberi pakaian yang cocok dengan kondisi pasien agar dia mudah bergerak atau menyesuaikannya untuk menjaga penampilan klien. Sebaliknya, klien yang tidak rapi atau tidak tertarik pada hygiene maka klien membutuhkan pendidikan pentingnya hygiene khususnya dalam berpakaian.

8) Pilihan pribadi

Setiap klien memiliki keinginan individu dan pilihan kapan untuk mandi, sikat gigi dan perawatan rambut, berpakaian, dan lain-lain. Klien memilih produk berbeda untuk perawatan hygiene dan bagaimana cara melakukan hygiene dan menjaga pakaian yang digunakan tetap bersih serta rapi. Pilihan klien membantu perawat pengembangan rencana perawatan, hal ini tidak perlu mengubah pilihan, kecuali hal itu tidak mempengaruhi kesehatan. Misalnya, klien diabetes harus menggunakan pakaian yang bersih dan tak sempit karena bila klien ada lecet karena menggunakan pakaian maka dapat menimbulkan luka lecet dan menghindari infeksi. Perawat harus menjelaskan kebutuhan perawatan khususnya pakaian yang baik dan bahan yang digunakan.

D. Etika dalam Perkembangan Busana

Etika berbusana dalam masyarakat, hubungan antara etika dan pakaian, perspektif etika terhadap perkembangan fashion masa kini. Dalam kehidupan sehari-hari manusia tidak lepas dari unsur etika karena dalam segala tindakannya ia selalu berbicara dengan etika atau menghubungkan segala sesuatu dengan etika. Misalnya tata krama makan, tata krama berkunjung, tata krama berpakaian, tata krama berkomunikasi, tata krama pergaulan, dan lain-lain. Abinenus menjelaskan, istilah etika berasal dari bahasa Yunani ethos yang pada tahunmempunyai dua arti yaitu tempat tinggal dan adat istiadat atau adat istiadat. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, pengertian etika adalah "ilmu yang mempelajari apa yang bijak dan apa yang jahat, serta hak dan kewajiban moral." Istilah etika juga digunakan dalam berbagai laporan. Berpakaian merupakan suatu kebiasaan dalam kehidupan masyarakat, sehingga secara kebetulan atau tidak disadari, etika berpakaian pun berkembang dan menjadi suatu aturan tidak tertulis di masyarakat hingga saat ini. Etikameliputi moralitas, yaitu perilaku yang mewakili suatu prinsip yang menentukan benar atau salahnya suatu tindakan. Karena dunia berkembang sangat pesat, masyarakat saat ini sangat memperhatikan etika dan moral. Dalam setiap kesempatan, masyarakat membutuhkan pakaian sebagai syarat kesopanan dan sebagai bukti kesopanan. Peradaban adalah proses transformasi dan adaptasi. Artinya manusia akan mempunyai peradaban.

Masalah Keperawatan Dalam Berpakaian Berdasarkan SDKI

Defisit Perawatan Diri: berpakaian b.d (berhubungan dengan) gangguan neuromuskuler, gangguan musculoskeletal, gangguan psikologis dan/atau psikotik, kelemahan, dan penurunan motivasi/minat

E. Intervensi Keperawatan berdasarkan SIKI

Intervensi keperawatan untuk defisit perawatan diri: Berpakaian membantu pasien merawat dirinya sendiri dengan memantau/mengidentifikasi kemampuan mereka dalam berpakaian, memantau/mengidentifikasi gangguan sensorik, kognitif dan psikomotorik yang menyebabkan kesulitan dalam berpakaian, dan berkomunikasi dengan dokter berdiskusi untuk memastikan bahwa pasien kemungkinan besar mengalami kesulitan dalam berpakaian, menggunakan komunikasi/instruksi yang dimengerti pasien untuk mengakomodasi keterbatasan kognitif, menyediakan pakaian sendiri untuk pasiendan, jika memungkinkan, sisir, pasien menganjurkan untuk memakai pakaianya sendiri dan mengancingkannya dengan benar , memberikan bantuan kepada pasien, mengevaluasi sensasinya setelah berpakaian sendiri, dan memberikan bantuan dalam berpakaian secara mandiri.

Dukungan Perawatan Diri (I.11348)

Observasi

1. Identifikasi kebiasaan perawatan diri yang sesuai dengan usia
2. Identifikasi kebutuhan akan barang-barang perawatan pribadi, pakaian dan dekorasi.

Therapi

1. Sediakan lingkungan terapeutik (misalnya suasana hangat, santai, privasi)
2. Siapkan barang-barang pribadi (misalnya pakaian, parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
3. Dukunglah dirimu sendiri dalam perawatan diri sampai kamu mandiri
4. Memfasilitasi penerimaan keadaan ketergantungan
5. Meningkatkan otonomi, membantu ketika anda tidak mampu mengurus diri sendiri
6. Melaksanakan intervensi terapi okupasi di bidang kebersihan diri

Edukasi

1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan khususnya berpakaian.

F. Latihan

1. Kita bisa melihat manusia sebagai individu yang membutuhkan bantuan untuk meraih kesehatan, kebebasan, atau kematian yang damai, serta bantuan untuk meraih kemandirian. Menurut Henderson, kebutuhan dasar manusia terdiri atas berapa..... komponen?
 - A. 10
 - B. 11
 - C. 12
 - D. 13
 - E. **14**
2. Petugas kesekatan dalam memberi pelayanan kepada klien, terjalin hubungan antara perawat dan klien. Menurut Henderson, hubungan perawat-klien terbagi dalam tiga tingkatan, mulai dari hubungan sangat bergantung hingga hubungan sangat mandiri. Adapun tiga tingkatan itu adalah:
 - A. Perawat sebagai mitra (partner) bagi pasien.
 - B. Perawat sebagai penolong (helper) bagi pasien.
 - C. Perawat sebagai pengganti (substitute) bagi pasien.
 - D. Semua benar**
3. Kebutuhan dasar manusia menurut Henderson ada 14 komponen dan dapat di klarifikasi menjadi empat kategori. Sedangkan kebutuhan berpakaian merupakan komponen kebutuhan apa?
 - A. Biologis**
 - B. Psikologis
 - C. Sosiologi
 - D. Spiritual

Tugas

Sebutkan 14 komponen kebutuhan dasar manusia menurut Henderson?

G. Rangkuman Materi

Perawat melakukan pengkajian kepada klien sehingga dapat mengidentifikasi konsep kebutuhan dasar manusia dengan benar secara holistic, khususnya dalam berpakaian, sehingga kebutuhan dasar manusia untuk kebutuhan sandang dapat terpenuhi dengan baik.

Perawat diharapkan mendapat ilmu keperawatan melalui pengalaman belajar dari metode ceramah, tanya jawab serta praktikum diklinik yang dijalankan dalam memenuhi kebutuhan dasar dalam berpakaian. Perawat dapat memdapatkan kompetensi sesuai dan optimal terkait dengan asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia khususnya berpakaian di rumah sakit atau dipelayanan kesehatan lain. Oleh karena itu pasien yang diperhatikan pakaian yang digunakan tidak hanya untuk menutup aurat sebagai manusia, tetapi juga sebagai pelindung tubuh, perhiasan dan keindahan yang dapat dilihat dan dirasakan manusia.

H. Daftar Pustaka

- Aini, Nur. (2018). Teori Model Keperawatan: Beserta Aplikasinya dalam Keperawatan. Malang: Penerbit Universitas Muhammadiyah Malang.
- Asthiningsih, N. W. W. Dan Wijayanti, T. (2019) "Edukasi Personal Hygiene Pada Anak Usia Dini Dengan G3CTPS," Jurnal Pesut: Pengabdian Untuk Kesejahteraan Umat, 1(2), Hal. 84–92. Tersedia Pada: <Https://Journals.Umkt.Ac.Id/Index.Php/Pesut/Article/View/285>.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk hasil yang diharapkan. Edisi 8. Jakarta: Salemba Medika
- Elon, Yunus, dkk. (2021). Teori dan Model Keperawatan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Hidayat, A. A. A., & Uliyah, M. (2008). Praktikum keterampilan dasar praktik klinik: Aplikasi dasar-dasar praktik kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S.J. (2010). Buku ajar-Fundamental keperawatan (Konsep, Proses, & Praktik) (Eds. 7) (Vol. 2) (Esty Wahyuningsih, Devi Yulianti, Yuyun Yuningsih & Ana Lusyana, Penerjemah). Jakarta: EGC
- Nurudeen, A. S. N., & Toyin, A. (2020). Knowledge Of Personal Hygiene Among Undergraduates. Journal Of Health Education, 5(2), 66–71. <Https://Doi.Org/10.15294/Jhe.V5i2.38383>
- Risnah., Irwan Muhammad. 2021. Falsafah Dan Teori Keperawatan Dalam Integrasi Keilmuan. Samata: Alauddin University Press.
- Roper. Nancy, 2002. "Perawatan Personal Hygiene", edisi kedua. Jakarta, EGC
- Yuni, Natalia Erlina. Buku Saku Personal Hygiene. Yogyakarta: Nuha Medika, 2016.

BAB 7

MEMPERTAHANKAN SUHU TUBUH DALAM KISARAN NORMAL

Mei Widyawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Pendahuluan

Judul: Konsep Dan Prinsip KDM Menurut Henderson Mempertahankan Suhu Tubuh
Pengantar Penulis: Suhu tubuh merupakan salah satu komponen tanda vital yang harus dijaga dalam rentang normal karena menggambarkan kesehatan seseorang. Mempertahankan suhu tubuh yang stabil merupakan kunci untuk menjaga kesehatan. Suhu tubuh yang stabil menunjukkan bahwa fungsi tubuh berjalan dengan baik, termasuk metabolism, fungsi organ dan respon sistem imun. Memahami bagaimana tubuh mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal sangat penting untuk merawat kesehatan kita.

Tujuan Buku:

Memberikan pemahaman yang komprehensif tentang konsep suhu tubuh
Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi suhu tubuh.
Membahas berbagai kondisi yang dapat mengganggu keseimbangan suhu tubuh.
Memberikan panduan tentang berbagai strategi dan intervensi untuk mempertahankan suhu tubuh normal dalam berbagai kondisi.

Sasaran Pembaca:

Buku tentang pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada bab mempertahankan suhu tubuh dalam keadaan normal diharapkan memberikan informasi kepada tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan dan ahli gizi), mahasiswa kesehatan (mahasiswa kedokteran, keperawatan, kebidanan, dan gizi), masyarakat umum dan menjadi sumber referensi bagi peneliti.

Isi Buku:

Buku ajar ini akan membahas tentang anatomi dan fisiologi sistem pengaturan suhu tubuh, mekanisme termoregulasi, Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi suhu tubuh, Berbagai kondisi yang dapat mengganggu keseimbangan suhu tubuh, Strategi dan intervensi untuk mempertahankan suhu tubuh normal dalam berbagai kondisi.

Metode Pembelajaran:

Buku ajar "Konsep dan Prinsip Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Henderson" dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dengan berbagai metode, di antaranya: Ceramah dan Diskusi; Pembelajaran Berbasis Masalah (PBL); Simulasi dan Latihan Praktik dan Pembelajaran Mandiri.

Pendekatan Pembelajaran:

Metode pembelajaran yang digunakan pada buku ajar "Konsep Dan Prinsip Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Handerson: Mempertahankan Suhu Tubuh" antara lain dengan pendekatan berbasis kasus dimana setiap kasus dilengkapi dengan analisis kebutuhan dasar manusia, aktivitas pembelajaran dengan diskusi, latihan soal, studi kasus, alat peraga visual (gambar, diagram, table), teknologi pembelajaran (simulasi, video, peraga visual)

Pedoman Penggunaan:

Buku ajar "Konsep dan Prinsip Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Henderson" dirancang untuk membantu mahasiswa memahami kebutuhan dasar manusia dan bagaimana menerapkannya dalam praktik keperawatan. Berikut adalah pedoman penggunaan buku ajar tersebut: Tetapkan tujuan belajar Anda sebelum membaca setiap bab; Apa yang ingin Anda pelajari dari bab tersebut; Buatlah pertanyaan-pertanyaan yang ingin Anda jawab setelah membaca bab tersebut; Bacalah dengan cermat; Pastikan Anda memahami konsep dan prinsip yang dijelaskan dalam buku ajar; Buatlah catatan penting saat membaca; Gunakan glosarium untuk mencari definisi istilah yang tidak dimengerti; Review atau Tinjau kembali catatan Anda dan jawab pertanyaan-pertanyaan yang Anda buat sebelumnya; Diskusikan konsep dan prinsip yang Anda pelajari dengan teman sekelas atau dosen; dan Cobalah untuk menerapkan konsep dan prinsip tersebut dalam praktik.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta didik diharapkan mampu:

1. Memahami Konsep Kebutuhan Dasar Manusia:

Peserta didik dapat menjelaskan konsep kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson, termasuk pentingnya mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal untuk kesehatan dan kesejahteraan.

2. Mengidentifikasi Faktor-faktor yang Mempengaruhi Suhu Tubuh: Peserta didik akan dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi suhu tubuh seseorang, seperti lingkungan, aktivitas fisik, dan kondisi kesehatan, dengan merujuk pada teori Henderson.

3. Menjelaskan Mekanisme Termoregulasi:

Peserta didik akan dapat menjelaskan mekanisme termoregulasi dalam tubuh manusia, termasuk bagaimana sistem saraf dan hormon bekerja bersama untuk mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal.

4. Mengenal Tanda dan Gejala Gangguan Suhu Tubuh:

Peserta didik akan dapat mengenali tanda dan gejala hipotermia dan hipertermia, serta memahami implikasi kesehatan yang terkait dengan perubahan suhu tubuh yang signifikan.

5. Merencanakan Intervensi Keperawatan:

Peserta didik akan dapat merencanakan intervensi keperawatan yang tepat untuk mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal, termasuk pengaturan lingkungan, pemantauan suhu tubuh, dan memberikan perawatan yang sesuai sesuai dengan kebutuhan pasien.

6. Evaluasi Efektivitas Intervensi:

Peserta didik akan dapat mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mempertahankan suhu tubuh pasien dalam kisaran normal, serta melakukan penyesuaian jika diperlukan berdasarkan respons pasien.

Capaian Pembelajaran:

1. Mahasiswa mampu memahami anatomi dan fisiologi sistem pengaturan suhu tubuh
2. Mahasiswa mampu memahami mekanisme termoregulasi dalam kondisi normal
3. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi suhu tubuh
4. Mahasiswa mampu mengaplikasikan pengkajian tentang status kesehatan pasien
5. Mahasiswa mampu menyusun diagnosa keperawatan terkait dengan pengaturan suhu tubuh
6. Mahasiswa mampu menyusun dan menerapkan intervensi keperawatan untuk membantu pasien mempertahankan suhu tubuh
7. Mahasiswa mampu memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pengaturan suhu tubuh
8. Mahasiswa mampu berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dalam membantu pasien mempertahankan suhu tubuh

URAIAN MATERI

Virginia Henderson seorang perawat dan teoretisi keperawatan terkenal yang mengembangkan teori tentang praktik keperawatan 14 kebutuhan dasar manusia. Teori kebutuhan dasar manusia menjadi salah satu fondasi penting dalam praktik keperawatan yang berfokus pada pentingnya perawat dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia dan meningkatkan kemandirian pasien untuk mempercepat kemajuannya di rumah sakit.

Berikut konsep-konsep besar (metaparadigma keperawatan) dan definisi Teori Kebutuhan Virginia Henderson (Henderson dalam Gonzalo, 2023):

A. Individu

Henderson menyatakan bahwa individu mempunyai kebutuhan kesehatan dasar dan memerlukan bantuan untuk mencapai kesehatan dan kemandirian atau kematian yang damai. Menurutnya, individu mencapai keutuhan dengan menjaga keseimbangan fisiologis dan emosional. Teorinya Henderson menampilkan pasien sebagai kumpulan bagian yang memiliki kebutuhan biopsikososial, dan pikiran serta tubuh tidak dapat dipisahkan dan saling terkait.

B. Lingkungan

Meskipun Teori Kebutuhan tidak secara eksplisit mendefinisikan lingkungan, Henderson menyatakan bahwa menjaga lingkungan yang mendukung dan kondusif bagi kesehatan adalah salah satu dari 14 kegiatannya untuk membantu klien. Handerson meyakini bahwa masyarakat menginginkan dan mengharapkan tindakan perawat bagi individu yang tidak dapat berfungsi secara mandiri.

C. Kesehatan

Meskipun tidak didefinisikan secara eksplisit dalam teori Henderson, kesehatan diartikan sebagai keseimbangan dalam seluruh bidang kehidupan manusia. Hal ini disamakan dengan kemandirian atau kemampuan melakukan aktivitas tanpa bantuan pada 14 komponen atau kebutuhan dasar manusia.

Perawat adalah orang kunci dalam meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan menyembuhkan. Menurut Henderson, kesehatan yang baik merupakan sebuah tantangan karena dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia, latar belakang budaya, keseimbangan emosi, dan lain-lain.

D. Perawatan

Virginia Henderson menulis definisi keperawatannya sebelum pengembangan teori keperawatan. Beliau mendefinisikan keperawatan sebagai "fungsi unik perawat adalah membantu individu, baik sakit maupun sehat, dalam melakukan aktivitas yang berkontribusi terhadap kesehatan atau pemulihan yang dapat dilakukannya tanpa bantuan jika ia memiliki kekuatan, kemauan, atau pengetahuan yang diperlukan. Dan melakukan hal ini sedemikian rupa untuk membantunya memperoleh kemerdekaan secepat mungkin." Tujuan perawat adalah menjadikan pasien lengkap, utuh, atau mandiri. Pada gilirannya, perawat berkolaborasi dengan rencana terapi dokter.

E. Komponen Teori Kebutuhan Dasar Manusia

Virginia Henderson merumuskan 14 Kebutuhan Dasar Manusia sebagai landasan bagi praktik keperawatan yang holistik. Pada 14 komponen Teori Kebutuhan Virginia Henderson menunjukkan pendekatan keperawatan holistik yang mencakup aspek kebutuhan fisiologis, psikologis, spiritual, dan sosial dari individu. Berikut adalah 14 kebutuhan dasar tersebut (Henderson dalam Gonzalo, 2023):

- 1) *Breathe normally*: Bernapas dengan normal
- 2) *Eat and drink adequately*: Makan dan minum yang cukup
- 3) *Eliminate body wastes*: Eliminasi
- 4) *Move and maintain desirable positions*: Berpindah dan menjaga posisi
- 5) *Sleep and rest*: Istirahat dan tidur
- 6) *Select suitable clothes* (Memilih pakaian yang sesuai)
- 7) *Maintain body temperature within normal range*: Menjaga suhu tubuh dalam kisaran normal
- 8) *Keep the body clean and well groomed and protect the environment*: Menjaga kebersihan dan kerapian diri serta lingkungan
- 9) *Avoid dangers in the environment*: Menghindari bahaya dalam lingkungan
- 10) *Communicate with others*: Berkommunikasi
- 11) *Worship according to one's faith*: Beribadah sesuai dengan keyakinan
- 12) *Work for a sense of accomplishment*: Bekerja
- 13) *Play and participate in various recreational activities*: Bermain dan berkreasi
- 14) *Learn, discover, or satisfy the curiosity that leads to normal development and health*: Belajar

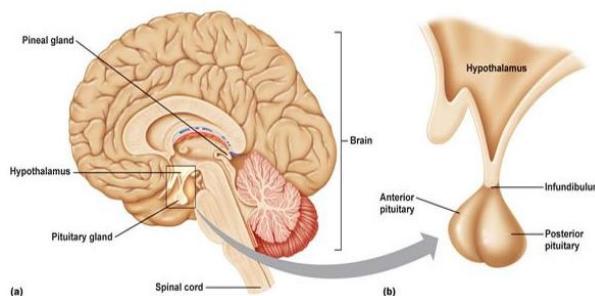
Kebutuhan dasar ini saling terkait dan tidak dapat dipisahkan, serta perlu dipenuhi secara berurutan, dengan prioritas pada kebutuhan fisiologis sebelum

kebutuhan yang lebih tinggi. Perawat berperan dalam membantu pasien memenuhi kebutuhan dasar mereka, dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti usia, kondisi kesehatan, dan budaya pasien. Pemenuhan Kebutuhan dasar manusia esensial untuk mencapai kesehatan dan kemandirian. Salah satu kebutuhan dasar tersebut adalah mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal.

F. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pengaturan Suhu Tubuh

Suhu tubuh adalah keseimbangan antara produksi panas dan kehilangan panas di dalam tubuh. Menjaga suhu tubuh dalam kisaran normal penting untuk menjaga fungsi tubuh yang optimal. Dalam pengaturan suhu tubuh melibatkan berbagai organ, sistem, dan proses dalam tubuh manusia. Organ tubuh yang berperan dalam pengaturan suhu tubuh adalah:

- 1) **Hipotalamus:** merupakan pusat pengatur panas dalam tubuh yang bertindak sebagai termostat tubuh. Hipotalamus terletak di otak yang memonitor suhu tubuh dan memicu respons untuk mempertahankan suhu normal. Hipotalamus terdiri dari:
 - a. Hipothalamus anterior yang berfungsi mengatur pembuangan panas
 - b. Hipothalamus posterior yang berfungsi mengatur upaya penyimpanan panas



Gambar 7.1 Anatomi Hipotalamus

Sumber : <https://materi.co.id/hipotalamus>

Thermostat hipotalamus memiliki semacam titik control yang disesuaikan untuk mempertahankan suhu tubuh. Jika suhu tubuh turun sampai dibawah atau naik sampai di titik ini, maka pusat akan memulai impuls untuk menahan panas atau meningkatkan pengeluaran panas.

- 2) **Termoreseptor:** Telmoreseptor adalah sensor khulsuls dari neuron yang terselbar di berbagai bagian tulbul, telmasuk kulit, otak, dan organ dalam. Telmoreseptor memiliki kemampuan melindungi peluruhannya

sulhul tulbulh dan melngirimkan sinyal kel hipotalamus ulntulk melngatulr sulhul tulbulh.

- 3) **Kelenjar Keringat:** Kellelnjar kelringat telrselbar di sellulrulh tulbulh yang belrpelran dalam prosels pelngatulran sulhul tulbulh. Saat sulhul tulbulh melningkat, kellelnjar kelringat melrelpons delngan melningkatkan produksi kelringat ulntulk melnhilangkan panas dari tulbulh mellaluli prosels elvaporasi.
- 4) **Pembuluh Darah:** Pembuluh darah memiliki peran penting dalam pengaturan suhu tubuh. Pada saat suhu tubuh meningkat, pembuluh darah yang berapa di kulit melebar (vasodilatasi) untuk meningkatkan aliran darah ke permukaan kulit, sehingga memungkinkan panas untuk diserap oleh lingkungan melalui proses radiasi. Sebaliknya, pada saat suhu tubuh menurun, pembuluh darah di kulit menyempit (vasokonstriksi) untuk mengurangi kehilangan panas dalam tubuh.
- 5) **Otot:** Pada pengaturan suhu tubuh, otot juga memiliki peran penting. Ketika suhu tubuh menurun, otot akan berkontraksi secara tidak sadar untuk menghasilkan panas tambahan (*shivering*), kondisi ini membantu meningkatkan suhu tubuh. Selain itu, aktivitas fisik secara umum dapat meningkatkan produksi panas tubuh.
- 6) **Pernapasan:** Pada pengaturan suhu tubuh pernapasan juga berpengaruh. Pada saat suhu tubuh meningkat, pernapasan dapat menjadi lebih cepat dan dangkal untuk membantu menghilangkan panas ekstra melalui pernapasan yang lebih sering.

G. Mekanisme Termoregulasi Dalam Kondisi Normal

Proses Fisiologis :

- 1) Metabolisme basal: Proses metabolisme yang terjadi didalam tubuh untuk menhasilkan energi merupakan sumber panas utama tubuh (Guyton & Hall, 2011).
- 2) Aktivitas fisik: meningkatkan produksi panas melalui kontraksi otot (Seeley et al., 2013).
- 3) Termogenesis menggil: Mekanisme tubuh untuk menghasilkan panas dengan menggil (Seeley et al., 2013).

Mekanisme Kehilangan Panas (Guyton & Hall, 2011):

- 1) Radiasi: Panas dilepaskan dari permukaan tubuh ke lingkungan sekitar.

- 2) Konduksi: Panas dilepaskan dari tubuh ke benda yang lebih dingin pada saat bersentuhan langsung.
- 3) Konveksi: Panas dilepaskan dari tubuh melalui udara atau air yang berada di sekitar tubuh.
- 4) Evaporasi: Panas dilepaskan dari tubuh melalui keringat atau penguapan air dari kulit dan paru-paru membawa panas tubuh keluar.

Nilai suhu tubuh normal dapat bervariasi dan dipengaruhi oleh beberapa faktor:

Menurut WHO:

- 1) Normal: 36,5°C - 37,5°C (97,7°F - 99,5°F)
- 2) Demam: $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100,4°F)

Menurut American Academy of Pediatrics:

- 1) Bayi baru lahir: 36,6°C - 37,8°C (97,9°F - 100°F)
- 2) Bayi (3-6 bulan): 36,0°C - 37,0°C (96,8°F - 98,6°F)
- 3) Anak-anak (1-3 tahun): 36,1°C - 37,2°C (97,0°F - 99,0°F)
- 4) Anak-anak (4-10 tahun): 36,0°C - 37,0°C (96,8°F - 98,6°F)
- 5) Remaja (11-17 tahun): 36,0°C - 37,0°C (96,8°F - 98,6°F)
- 6) Dewasa (18-65 tahun): 36,5°C - 37,5°C (97,7°F - 99,5°F)
- 7) Lansia (≥ 65 tahun): 36,0°C - 37,0°C (96,8°F - 98,6°F)

H. Faktor-Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Suhu Tubuh

Salah satu kebutuhan dasar manusia ke-7 menurut teori Virginia Henderson, adalah menjaga suhu tubuh dalam kisaran normal. Berikut adalah beberapa faktor yang dapat mempengaruhi suhu tubuh dengan pendekatan teori Henderson:

- 1) *Breathe normally* (Bernapas dengan normal): Bernapas dapat mempengaruhi suhu tubuh melalui berbagai mekanisme, seperti evaporasi, hiperventilasi, hipotermia, infeksi pernapasan, dan obat-obatan
- 2) *Eat and drink adequately* (Makan dan minum yang cukup): Asupan makanan dan minuman yang tidak cukup dapat menurunkan metabolisme basal dan produksi panas dalam tubuh, sehingga suhu tubuh menurun.
- 3) *Select suitable clothes* (Memilih pakaian yang sesuai): Pakaian yang tidak sesuai dengan cuaca dapat menyebabkan tubuh kehilangan panas secara berlebihan (saat cuaca panas) atau tidak dapat menghasilkan panas yang cukup (saat cuaca dingin).
- 4) *Keep the body clean and well groomed and protect the environment* (Menjaga kebersihan dan kerapian diri serta lingkungan): Kebersihan dan

kerapian diri dan lingkungan yang buruk dapat meningkatkan risiko infeksi, yang dapat mengganggu termoregulasi.

- 5) *Avoid dangers in the environment* (Menghindari bahaya dalam lingkungan): Paparan suhu ekstrem (panas atau dingin) dapat menyebabkan perubahan suhu tubuh yang drastis.

Berikut adalah beberapa faktor internal yang dapat mempengaruhi suhu tubuh Seeley et al., 2013:

- 1) Usia: Bayi dan lansia memiliki sistem pengaturan suhu tubuh yang belum matang atau sudah menurun, sehingga lebih rentan terhadap perubahan suhu lingkungan.
- 2) Kondisi Medis: Demam, infeksi, dan penyakit lain dapat mengganggu pengaturan suhu tubuh dan menyebabkan peningkatan suhu.
- 3) Obat-obatan: Beberapa obat dapat mempengaruhi suhu tubuh, misalnya obat antipiretik (penurun panas) dan obat vasodilator (pelebar pembuluh darah).
- 4) Hormon: Fluktuasi hormon, seperti saat menstruasi, kehamilan, dan menopause, dapat sedikit mempengaruhi suhu tubuh.
- 5) Stres: Stres dapat meningkatkan produksi hormon stres, seperti adrenalin dan kortisol, yang dapat meningkatkan suhu tubuh.

I. Pengkajian Tentang Status Kesehatan Pasien

Pengkajian tentang status kesehatan pasien untuk mempertahankan suhu tubuh melibatkan evaluasi menyeluruh terhadap faktor-faktor yang dapat mempengaruhi suhu tubuh seseorang (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Komponen Pengkajian Keperawatan:

- 1) Hipertermia
 - a. Data Subjektif:
Keluhan utama : misalnya, demam
 - b. Data Objektif:
 - a) Pengukuran suhu tubuh pasien: Suhu diatas nilai normal
 - b) Perhatikan adanya tanda-tanda: kemerahan pada kulit, adanya kejang, dan kulit terasa hangat
 - c) Periksa tanda-tanda vital lainnya
Denyut nadi: Takikardia
Pernapasan: Takipnea

- d) Lakukan pengkajian terkait penyebab terjadinya Hipertermia yaitu: Dehidrasi; Terpapar lingkungan panas, proses penyakit (misalnya infeksi, kanker); Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan; peningkatan laju metabolism; respon trauma; aktivitas berlebihan; dan penggunaan incubator.
 - e) Lakukan pengkajian terkait kondisi klinis terkait terjadinya Hipertermia yaitu: Proses infeksi; hipertiroid; stroke; dehidrasi; trauma dan prematuritas.
- 2) Hipotermia
- a. Data Subjektif:
Keluhan utama : misalnya, menggerutu
 - b. Data Objektif:
 - a) Pengukuran suhu tubuh pasien: Suhu tubuh berada dibawah rentang normal tubuh.
 - b) Perhatikan adanya tanda-tanda: kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh berada dibawah nilai normal
 - c) Periksa tanda-tanda vital lainnya
Denyut nadi: Bradikardia/Takikardia
 - d) Lakukan pengkajian terkait adanya: Akrosianosis; dasar kuku sianotik; hipoglikemia; hipoksia; pengisian kapiler > 3 detik; konsumsi oksigen meningkat; ventilasi menurun; piloereksi; vasokonstriksi perifer; kutis memorata (pada neonatus)
 - e) Lakukan pengkajian terkait penyebab terjadinya Hipotermia yaitu: kerusakan hipotalamus, konsumsi alcohol; berat badan ekstrem; kekurangan lemak subkutan; terpapar suhu lingkungan rendah; malnutrisi; pemakaian pakaian tipis; penurunan laju metabolism; tidak beraktivitas; transfer panas (misal konsuksi, konveksi, evaporasi, radiasi); trauma; proses penuaan; efek agen farmakologis; dan kurang terpapar informasi tentang pencegahan hipotermia
 - f) Lakukan pengkajian terkait kondisi klinis terkait terjadinya Hipertermia yaitu: Hipotiroidisme; anoreksia nervosa; cedera batang otak; prematuritas; berat badan lahir rendah dan tenggelam.

- 3) Telmoregulasi Tidak Efektif
- Data Subjektif:
Keluhan utama : misalnya, menggigil
 - Data Objektif:
 - Pengukuran suhu tubuh pasien: Suhu tubuh fluktuatif
 - Perhatikan adanya tanda-tanda: kulit teraba dingin/ hangat dan menggigil.
 - Periksa tanda-tanda vital lainnya
Denyut nadi: Takikardia
Pernapasan: Takipnea
Tekanan darah: meningkat
 - Lakukan pengkajian terkait adanya: polireksi, pengisian kapiler > 3 detik, pucat, kejang, kulit kemerahan dan dasar kuku sianotik.
 - Lakukan pengkajian terkait penyebab terjadinya Hipotermia yaitu: stimulasi pusat termoregulasi hipotalamus; fluktuasi suhu lingkungan; proses penyakit (misal infeksi); proses penuaan; dehidrasi; ketidaksesuaian pakaian untuk suhu lingkungan; peningkatan kebutuhan oksigen; penurubahan laju metabolism; suhu lingkungan ekstrem; ketidakadekuatan suplai lemak subkutan; berat badan ekstrem; efek agen farmakologis.
 - Lakukan pengkajian terkait kondisi klinis terkait terjadinya Hipertermia yaitu: cedera medulla spinalis; infeksi/sepsis; pembedahan; cedera otak akut; dan trauma.

J. Diagnosa Keperawatan Terkait Dengan Pengaturan Suhu Tubuh

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif, rumusan diagnosis keperawatan yang terkait dengan pengaturan suhu tubuh, menggunakan format SDKI adalah sebagai berikut:

- Aktual: Masalah + berhubungan dengan (b/d) penyebab + ditandai dengan (d/d) tanda atau gejala
- Resiko: Risiko masalah + b/d faktor risiko
- Promosi Kesehatan: Promosi kesehatan + b/d tanda dan gejala

Contoh Diagnosa Keperawatan yang terkait dengan pengaturan suhu tubuh, menggunakan format SDKI:

- 1) Aktual:
 - a. Hipertermi b/d infeksi, ditandai dengan suhu tubuh 39°C, kulit merah dan berkeringat.
 - b. Hipotermi b/d paparan suhu dingin yang lama, ditandai dengan suhu tubuh 34°C, kulit pucat dan menggigil.
- 2) Resiko:
 - a. Resiko hipertermi b/d dehidrasi.
 - b. Resiko hipotermi b/d berat badan lahir rendah.
- 3) Promosi Kesehatan:

Promosi kesehatan: Manajemen termoregulasi b/d pengetahuan tentang pengaturan suhu tubuh.

K. Intervensi Keperawatan Untuk Membantu Pasien Mempertahankan Suhu Tubuh

Intervensi yang dirumuskan untuk pasien, harus dipastikan bahwa intervensi dapat mengatasi penyebab. Apabila penyebabnya tidak dapat secara langsung diatasi, maka perawat harus memastikan bahwa intervensi yang dipilih dapat mengatasi tanda/gejala.

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang terkait dengan pengaturan suhu tubuh, berikut adalah intervensi sesuai dengan standart intervensi keperawatan Indonesia:

1) Hipertermia

a. Manajemen Hipertermia (I.15506)

Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen hipertermia berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- a) Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)
- b) Monitor suhu tubuh
- c) Monitor kadar elektrolit
- d) Monitor haluan urin
- e) Monitor komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan yang dingin
- b) Longgarkan atau lepaskan pakaian

- c) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- d) Berikan cairan oral
- e) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)
- f) Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- g) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
- h) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

b. Regulasi Temperatur (I.14578)

Tindakan yang dilakukan pada intervensi regulasi temperatur berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- a. Monitor suhu tubuh bayi sampai stabil (36,5 – 37,5°C)
- b. Monitor suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu
- c. Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan dan nadi
- d. Monitor warna dan suhu kulit
- e. Monitor dan catat tanda dan gejala hipotermia atau hipertermia

Terapeutik

- a. Pasang alat pemantau suhu kontinu, jika perlu
- b. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat
- c. Bedong bayi segera setelah lahir untuk mencegah kehilangan panas
- d. Masukkan bayi BBLR ke dalam plastic segera setelah lahir (mis: bahan polyethylene, polyurethane)
- e. Gunakan topi bayi untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir
- f. Tempatkan bayi baru lahir di bawah radiant warmer
- g. Pertahankan kelembaban incubator 50% atau lebih untuk mengurangi kehilangan panas karena proses evaporasi
- h. Atur suhu incubator sesuai kebutuhan
- i. Hangatkan terlebih dahulu bahan-bahan yang akan kontak dengan bayi (mis: selimut, kain bedongan, stetoskop)

- j. Hindari meletakkan bayi di dekat jendela terbuka atau di area aliran pendingin ruangan atau kipas angin
- k. Gunakan matras penghangat, selimut hangat, dan penghangat ruangan untuk menaikkan suhu tubuh, jika perlu
- l. Gunakan Kasur pendingin, water circulating blankets, ice pack, atau gel pad dan intravascular cooling cathetherization untuk menurunkan suhu tubuh
- m. Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien

Edukasi

- a. Jelaskan cara pencegahan heat exhaustion dan heat stroke
- b. Jelaskan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin
- c. Demonstrasikan Teknik perawatan metode kanguru (PMK) untuk bayi BBLR

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu

2) Hipotermia

a. Manajemen Hipotermia (I.14507)

Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen hipotermia berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- a) Monitor suhu tubuh
- b) Identifikasi penyebab hipotermia (mis: terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- c) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (mis: hipotermia ringan: takipnea, disartria, menggigil, hipertensi, diuresis; hipotermia sedang: aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, refleks menurun; hipotermia berat: oliguria, refleks menghilang, edema paru, asam-basa abnormal)

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan yang hangat (mis: atur suhu ruangan, inkubator)
- b) Ganti pakaian dan/atau linen yang basah
- c) Lakukan penghangatan pasif (mis: selimut, menutup kepala, pakaian tebal)

- d) Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, perawatan metode kangguru)
- e) Lakukan penghangatan aktif internal (mis: infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

Edukasi

Anjurkan makan/minum hangat

b. Terapi Paparan Panas (I.14586)

Tindakan yang dilakukan pada intervensi terapi paparan panas berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- a) Identifikasi kontraindikasi penggunaan terapi (mis: penurunan atau tidak adanya sensasi, penurunan sirkulasi)
- b) Monitor suhu alat terapi
- c) Monitor kondisi kulit selama terapi
- d) Monitor kondisi umum, kenyamanan, dan keamanan selama terapi
- e) Monitor respon pasien terhadap terapi

Terapeutik

- a) Pilih metode stimulasi yang nyaman dan mudah didapatkan (mis: botol air panas, bantal panas listrik, lilin paraffin, lampu)
- b) Pilih lokasi stimulus yang sesuai
- c) Bungkus alat terapi dengan menggunakan kain
- d) Gunakan kain lembab di sekitar area terapi
- e) Tentukan durasi terapi sesuai dengan respon pasien
- f) Hindari melakukan terapi pada daerah yang mendapatkan terapi radiasi

Edukasi

- a) Ajarkan cara mencegah kerusakan jaringan
- b) Ajarkan cara menyesuaikan suhu secara mandiri

3) Termoregulasi Tidak Efektif

a. Regulasi Temperatur (I.14578)

Tindakan yang dilakukan pada intervensi regulasi temperatur berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- a. Monitor suhu tubuh bayi sampai stabil (36,5 – 37,5°C)

- b. Monitor suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu
- c. Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan dan nadi
- d. Monitor warna dan suhu kulit
- e. Monitor dan catat tanda dan gejala hipotermia atau hipertermia

Terapeutik

- a. Pasang alat pemantau suhu kontinu, jika perlu
- b. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat
- c. Bedong bayi segera setelah lahir untuk mencegah kehilangan panas
- d. Masukkan bayi BBLR ke dalam plastic segera setelah lahir (mis: bahan polyethylene, polyurethane)
- e. Gunakan topi bayi untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir
- f. Tempatkan bayi baru lahir di bawah radiant warmer
- g. Pertahankan kelembaban incubator 50% atau lebih untuk mengurangi kehilangan panas karena proses evaporasi
- h. Atur suhu incubator sesuai kebutuhan
- i. Hangatkan terlebih dahulu bahan-bahan yang akan kontak dengan bayi (mis: selimut, kain bedongan, stetoskop)
- j. Hindari meletakkan bayi di dekat jendela terbuka atau di area aliran pendingin ruangan atau kipas angin
- k. Gunakan matras penghangat, selimut hangat, dan penghangat ruangan untuk menaikkan suhu tubuh, jika perlu
- l. Gunakan Kasur pendingin, water circulating blankets, ice pack, atau gel pad dan intravascular cooling cathetherization untuk menurunkan suhu tubuh
- m. Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien

Edukasi

- a. Jelaskan cara pencegahan heat exhaustion dan heat stroke
- b. Jelaskan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin
- c. Demonstrasikan Teknik perawatan metode kanguru (PMK) untuk bayi BBLR

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu

L. Latihan

Soal Latihan:

Kasus 1:

Seorang anak laki-laki berusia 4 tahun datang ke dokter dengan keluhan demam tinggi selama 2 hari terakhir. Pasien juga mengeluh batuk pilek dan kelelahan. Hasil pemeriksaan menunjukkan suhu tubuh pasien 39°C , denyut nadi 106 x/menit, pernapasan 24 x/menit, dan tekanan darah 110/70 mmHg.

Pertanyaan

1. **Bagian otak manakah yang berperan dalam mengatur suhu tubuh?**

- A. Hipotalamus
- B. Medulla oblongata
- C. Cerebellum
- D. Korteks serebri

Jawaban yang benar: A. Hipotalamus

2. **Manakah mekanisme utama tubuh untuk menurunkan suhu tubuh saat demam?**

- A. Vasokonstriksi
- B. Shivering
- C. Berkeringat
- D. Piloereksi

Jawaban yang benar: C. Berkeringat

3. **Manakah faktor berikut yang paling mungkin menyebabkan peningkatan suhu tubuh pada pasien?**

- A. Eat and drink adequately
- B. Select suitable clothes
- C. Keep the body clean and well groomed and protect the environment
- D. **Avoid dangers in the environment**

Jawaban yang benar: D. **Avoid dangers in the environment**

Kasus 2:

Seorang pasien perempuan berusia 27 tahun datang ke unit gawat darurat dengan gejala menggil, kulit pucat dan dingin, bibir biru, dan tremor ringan setelah terjatuh di sungai yang airnya terasa dingin. Hasil pengkajian suhu tubuhnya saat kedatangan adalah 34°C ($94,1^{\circ}\text{F}$). Pasien mengaku merasa kedinginan dan lemas.

Pertanyaan

4. **Apa yang terjadi pada suhu tubuh pasien?**

- A. Suhu tubuh pasien meningkat karena terkena paparan air dingin.
- B. Suhu tubuh pasien tetap stabil karena mekanisme termoregulasi tubuh.

- C. Suhu tubuh pasien menurun karena terkena paparan air dingin.
- D. Suhu tubuh pasien meningkat karena proses metabolisme yang lebih tinggi.

Jawaban yang benar: C. Suhu tubuh pasien menurun karena terkena paparan air dingin.

5. Manakah tanda-tanda yang menunjukkan bahwa pasien mengalami hipotermia?

- A. Suhu tubuh 34°C
- B. Kulit pucat dan dingin
- C. Menggigil
- D. A dan B Benar

Jawaban yang benar: D. A dan B Benar

Kasus 3:

Seorang pasien wanita berusia 63 tahun dengan riwayat diabetes dan hipertensi datang ke klinik dengan keluhan demam tinggi selama 3 hari terakhir. Pasien juga mengeluh kelelahan, sakit kepala, dan rasa haus yang berlebihan. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan suhu tubuh pasien 39°C, denyut nadi 120 x/menit, pernapasan 24x/menit, dan tekanan darah 160/90 mmHg.

Pertanyaan

6. Manakah faktor risiko yang paling mungkin menyebabkan demam pada pasien?

- A. **Usia lanjut**
- B. **Diabetes**
- C. **Hipertensi**
- D. **Semua benar**

Jawaban yang benar: D. **Semua benar**

7. Manakah pemeriksaan fisik yang paling penting untuk dilakukan untuk menegakkan diagnose keperawatan hipertemi pada pasien?

- A. **Mengukur suhu tubuh**
- B. **Memeriksa denyut nadi**
- C. **Memeriksa turgor kulit**
- D. **Memeriksa tekanan darah**

Jawaban yang benar: A. **Mengukur suhu tubuh**

8. Manakah intervensi kolaborasi yang paling tepat untuk membantu menurunkan suhu tubuh pasien?

- A. **Memberikan kompres air hangat**

- B. Memberikan obat antipiretik
- C. Memandikan pasien dengan air hangat
- D. Memberikan minum air putih yang dingin

Jawaban yang benar: B. Memberikan obat antipiretik

9. Manakah edukasi yang paling penting untuk diberikan kepada pasien tentang cara mencegah demam di masa depan?

- A. Menjaga kebersihan tangan
- B. Menghindari kontak dengan orang yang sakit
- C. Mendapatkan vaksinasi
- D. Semua benar

Jawaban yang benar: D. Semua benar

10. Bagaimana pengaruh demam pada sistem tubuh lainnya?

- A. Meningkatkan nafsu makan
- B. Memperlambat metabolisme
- C. Memperkuat sistem imun
- D. Meningkatkan risiko komplikasi

Jawaban yang benar: D. Meningkatkan risiko komplikasi

M. Rangkuman Materi

Mempertahankan suhu tubuh yang stabil merupakan kunci untuk menjaga kesehatan. Suhu tubuh yang stabil menunjukkan bahwa fungsi tubuh berjalan dengan baik, termasuk metabolism, fungsi organ dan respon sistem imun. Memahami konsep dan prinsip pemenuhan kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson sangat penting bagi perawat dalam membantu pasien mempertahankan suhu tubuh normal. Dengan menerapkan prinsip-prinsip tersebut, perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, efektif, dan berkualitas.

Konsep-konsep besar (metaparadigma keperawatan) dan definisi Teori Kebutuhan Virginia Henderson (Henderson dalam Gonzalo, 2023) terdiri dari: Individu; Lingkungan; Kesehatan; dan Perawatan. Virginia Henderson merumuskan 14 Kebutuhan Dasar Manusia sebagai landasan bagi praktik keperawatan yang holistic yaitu: *Breathe normally; Eat and drink adequately; Eliminate body wastes; Move and maintain desirable positions; Sleep and rest; Select suitable clothes; Maintain body temperature within normal range; Keep the body clean and well groomed and protect the environment; Avoid dangers in the environment; Communicate with others; Worship according to one's faith; Work for a sense of accomplishment; Play and participate in various recreational activities* dan *Learn, discover, or satisfy the curiosity that leads to normal development and health.* Salah satu kebutuhan dasar tersebut adalah mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal. Dalam pengaturan suhu tubuh melibatkan berbagai organ, sistem, dan proses dalam tubuh manusia. Organ tubuh yang berperan dalam pengaturan suhu tubuh adalah:

1. Hipotalamus
2. Termoreseptor
3. Kelenjar Keringat
4. Pembuluh Darah
5. Otot
6. Pernapasan

Nilai suhu tubuh normal dapat bervariasi dan dipengaruhi oleh beberapa faktor, menurut WHO nilai normal suhu: 36,5°C - 37,5°C (97,7°F - 99,5°F) dan Demam: $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100,4°F). Berikut adalah beberapa faktor yang dapat mempengaruhi suhu tubuh dengan pendekatan teori Henderson:

1. *Breathe normally*
2. *Eat and drink adequately*
3. *Select suitable clothes*

4. *Keep the body clean and well groomed and protect the environment*
5. Avoid dangers in the environment

Pengkajian tentang status kesehatan pasien untuk mempertahankan suhu tubuh melibatkan evaluasi menyeluruh terhadap faktor-faktor yang dapat mempengaruhi suhu tubuh seseorang (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif, rumusan diagnosis keperawatan yang terkait dengan pengaturan suhu tubuh, menggunakan format SDKI. Intervensi yang dirumuskan untuk pasien, harus dipastikan bahwa intervensi dapat mengatasi penyebab. Apabila penyebabnya tidak dapat secara langsung diatasi, maka perawat harus memastikan bahwa intervensi yang dipilih dapat mengatasi tanda/gejala.

N.Daftar Pustaka

- Carpenito, L. J. (2018). Nursing diagnosis: Application to clinical practice (14th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Henderson, V. L. (2018). The KDM nursing process: A systems approach to patient care. New York: Routledge.
- Gonzalo, A. (2023). Virginia Henderson's theory of nursing needs: A critical analysis. Oxford University Press
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2011). Textbook of medical physiology (12th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2013). Anatomy & physiology (9th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- The KDM Nursing Process: A Framework for Patient Care:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5930810/>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018).Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Using the KDM Nursing Process to Improve Patient Outcomes:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5930810/>

BAB 8

KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: *KEEP THE BODY CLEAN AND WELL GROOMED AND PROTECT THE INTEGUMENT* **(MENJAGA TUBUH TETAP BERSIH DAN MELINDUNGI KULIT)**

Ns. Deni Metri, S.Kep., M.Kes.

Pendahuluan

Henderson mengemukakan bahwasanya peran perawat itu tidak lain dan tidak bukan sebagai penyempurna dan membantu mencapai kemampuan untuk mempertahankan atau memperoleh kemandirian dalam memenuhi 14 kebutuhan dasar pasien. 8 dari kebutuhan ini berkaitan langsung dengan fungsi tubuh, sedangkan 6 sisanya berhubungan dengan keselamatan dan menemukan arti dalam hidup. Salah satunya menjaga tubuh tetap bersih dan melindungi kulit. (Alligood, MR., 2014)

Kulit merupakan organ paling terluar yang ada pada tubuh manusia, kulit menjadi pembatas utama antara tubuh dan lingkungan luar. Kulit bagian tubuh seperti lapisan atau jaringan terluar yang menutupi dan menopang tubuh serta bersifat elastis. Kulit orang dewasa memiliki lebar sekitar 2 m^2 dan berat sekitar 16% dari berat badan

Pada buku ajar ini, mahasiswa akan mempelajari konsep dasar kulit

1. Lapisan kulit
2. Fungsi kulit
3. Gangguan pada kulit
4. Pencegahan gangguan pada kulit
5. Konsep asuhan keperawatan pada gangguan kulit

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan intruksional adalah pernyataan yang mendefinisikan hasil yang diinginkan dari pembelajaran. Tujuan ini biasanya merujuk pada apa yang ingin dicapai oleh pembelajar secara umum setelah menyelesaikan pembelajaran.

Tujuan Intruksional: memahami konsep dasar kulit dan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan benar

Capaian Pembelajaran: Capaian pembelajaran adalah pernyataan yang lebih spesifik tentang apa yang diharapkan dikuasai oleh pembelajar setelah menyelesaikan pembelajaran pada topik atau bab tertentu.

Tujuan intruksional memberikan pandangan umum tentang apa yang ingin dicapai, sementara capaian pembelajaran menguraikan tujuan tersebut menjadi langkah-langkah yang lebih terukur dan terperinci. Dengan demikian, keduanya bekerja sama untuk membantu pencapaian pembelajaran yang maksimal.

Capaian pembelajaran : mampu memahami

1. Lapisan kulit
2. Fungsi kulit
3. Gangguan pada kulit
4. Pencegahan gangguan pada kulit
5. Konsep asuhan keperawatan pada gangguan kulit

Capaian pembelajaran adalah pernyataan yang lebih spesifik tentang apa yang diharapkan dikuasai oleh pembelajar setelah menyelesaikan pembelajaran pada topik atau bab tertentu.

Capaian pembelajaran fokus pada aspek-aspek yang lebih terperinci atau keterampilan yang spesifik. Biasanya, capaian pembelajaran dijabarkan untuk setiap bab atau topik dalam buku ajar.

Contoh capaian pembelajaran: "Mampu menjelaskan prinsip-prinsip dasar relativitas khusus dan efek-efeknya pada pengukuran ruang dan waktu."

Keduanya penting untuk memberikan arah dan fokus yang jelas kepada pembelajar serta memungkinkan evaluasi yang efektif terhadap pencapaian pembelajaran. Tujuan intruksional memberikan pandangan umum tentang apa yang ingin dicapai, sementara capaian pembelajaran menguraikan tujuan tersebut menjadi langkah-langkah yang lebih terukur dan terperinci. Dengan demikian, keduanya bekerja sama untuk membantu pencapaian pembelajaran yang maksimal.

URAIAN MATERI

A. Lapisan/Struktur Kulit

1. Epidermis, Epidermis merupakan lapisan kulit terluar yang sangat tipis dan berfungsi sebagai penerima rangsang. Bagian tersebut terdiri dari dua lapisan, yaitu:

- a. Lapisan tanduk

Lapisan tanduk merupakan bagian paling luar dari epidermis dan tersusun dari sel-sel mati yang mudah mengelupas. Lapisan tersebut tidak mengandung pembuluh darah dan saraf sehingga bila mengelupas tidak mengeluarkan darah dan tidak terasa sakit. Selain itu, lapisan tanduk juga berfungsi mencegah penguapan yang terlalu banyak.

- b. Lapisan Malpighi

Lapisan malpighi terletak di bawah lapisan tanduk dan tersusun dari sel-sel hidup. Lapisan tersebut mendapat makanan dari pembuluh kapiler yang berada di bawahnya. Pada lapisan tersebut juga terdapat pigmen kulit. Pigmen kulit berfungsi untuk melindungi kulit dari sengatan sinar matahari dan memberi warna pada kulit. Pigmen kulit dapat menyebabkan beragamnya warna kulit manusia, seperti hitam dan sawo matang, atau cokelat. Bagi orang yang lapisan malpighinya tidak berpigmen disebut albino. Orang tersebut akan tampak seperti bule. Pada lapisan malpighi juga, terdapat ujung-ujung saraf perasa nyeri atau sakit. Oleh karena itu, apabila lapisan malpighi terkelupas akan menimbulkan rasa sakit

2. Dermis (Lapisan Kulit Jangat)

Dermis adalah lapisan kulit yang jauh lebih tebal dibandingkan dengan lapisan atasnya, yaitu epidermis. Pada lapisan dermis atau kulit jangat terdapat bagian-bagian seperti berikut:

- a. Pembuluh darah

berfungsi mengangkut makanan dan oksigen ke jaringan yang ada di dalam dermis tujuannya untuk memberi makan akar rambut dan sel kulit agar tetap hidup. Apabila terkelupas, kulit akan digantikan oleh sel-sel baru. Di samping itu, jika ada seseorang dalam kondisi merasa takut, maka pembuluh kapiler akan menyempit, sehingga mengakibatkan kulit tampak menjadi pucat.

- b. Kelenjer keringat

Kelenjar keringat sangat berperan dalam sistem ekskresi. Kelenjar keringat berfungsi menghasilkan keringat yang terdiri atas air dan garam-garam. Keringat dikeluarkan ke permukaan tubuh melalui saluran kelenjar keringat menuju pori-pori di permukaan kulit.

Melakukan aktivitas olahraga berat dan terpapar sengatan sinar matahari dapat menyebabkan kelenjar keringat bekerja keras untuk menghasilkan keringat. Pengeluaran keringat yang berlebihan dapat menyebabkan rasa haus dan mengakibatkan kehilangan banyak garam dalam darah. Menurunnya kadar garam darah dapat berakibat fatal, yaitu dapat menyebabkan kejang-kejang bahkan pingsan.

c. Ujung-Ujung Saraf Indera

Ujung-ujung saraf indera merupakan tempat indera perasa dan indera peraba. Indra perasa dapat mendeteksi rasa panas, dingin, atau nyeri. Sedangkan indra peraba dapat mendeteksi kasar dan halusnya sesuatu, serta membedakan sentuhan dan tekanan.

d. Kantung Rambut

Kantung rambut memiliki akar dan batang rambut, serta kelenjar minyak rambut. Akar rambut memperoleh zat makanan dari pembuluh kapiler darah sehingga rambut dapat tumbuh menjadi panjang. Di dekat akar rambut, terdapat otot polos yang berfungsi menegakkan rambut ketika tubuh merasa dingin atau merasa takut. Apabila sehelai rambut tercabut maka akan terasa sakit sebab di dekat akar rambut terdapat ujung-ujung saraf perasa.

e. Kelenjar Minyak

Kelenjar minyak terletak di sekitar batang rambut. Kelenjar tersebut berfungsi menghasilkan minyak yang berguna melembaskan rambut serta kulit supaya tidak kering. Dengan demikian, kulit tetap terjaga dari pengaruh panas atau kekeringan.

3. Jaringan Pengikat Bawah Kulit

Jaringan pengikat bawah kulit berada di bawah kulit jangat (dermis) dengan batas yang tidak jelas. Pada lapisan ini, disimpan cadangan makanan dalam bentuk lemak. Lapisan lemak berfungsi untuk melindungi tubuh dari benturan benda keras dan juga melindungi tubuh dari pengaruh udara dingin.

Kulit mempunyai beberapa fungsi di antaranya yaitu:

1. Pelindung tubuh, Kulit berfungsi melindungi tubuh dari kerusakan akibat benturan (kerusakan mekanis), dan melindungi tubuh dari kontak langsung kimia. Selain itu, kulit juga melindungi tubuh dari serangan bakteri, jamur, kuman penyakit dan sinar matahari.
2. Pengatur suhu tubuh, Ketika suhu lingkungan panas atau sehabis bekerja berat, tubuh menjadi panas dan banyak mengeluarkan keringat. Pengeluaran keringat tersebut akan diikuti dengan pengeluaran panas dan penguapan keringat. Dengan demikian, suhu tubuh turun dan menjadi normal kembali.
3. Tempat menyimpan lemak. Kulit berfungsi sebagai tempat menyimpan kelebihan lemak. Orang yang mempunyai banyak lemak (gemuk) biasanya lebih tahan panas terhadap udara dingin daripada orang yang mempunyai sedikit lemak (kurus). Hal ini terjadi karena energi dan panas yang dihasilkan dari pembakaran cadangan lemak di bawah kulit dapat mengatasi udara dingin.
4. Tempat pembuatan vitamin D, Di dalam kulit terdapat provitamin D yang dapat diubah menjadi vitamin D dengan bantuan sinar ultraviolet yang banyak terdapat pada sinar matahari pagi. Vitamin D berguna dalam pembentukan tulang.
5. Sebagai Indra peraba, Di dalam kulit, terdapat ujung-ujung saraf peraba dan perasa sehingga kulit dapat merasakan halus, kasar, panas, dingin, dan nyeri.

B. Beberapa Gangguan Pada Kulit

1. Peradangan pada kulit disebut dermatitis. Kondisi ini terjadi ketika kulit bersentuhan dengan bahan yang bersifat iritatif atau dengan alergen (zat atau benda yang menyebabkan reaksi alergi dibagi menjadi:
 - a. Dermatitis kontak iritan termasuk penyakit kulit yang paling sering terjadi. Penyakit kulit ini ditandai dengan munculnya ruam, kulit kering, iritasi, atau bahkan luka lepuh pada area kulit yang bersentuhan dengan zat iritan. Beberapa contoh zat iritan adalah bahan kimia, pemutih baju, deterjen, alkohol, dan sabun mandi. Gejala kemerahan dan Bengkak, muncul ketika kulit bersentuhan dengan alergen. Alergen dapat berupa bahan kimia, kosmetik, cat kuku, sarung tangan lateks, protein, atau perhiasan.
 - b. Dermatitis atopik (eksim), Eksim ditandai dengan kulit merah, gatal, kering, atau bersisik. Banyak orang menyebut kondisi ini dengan istilah eksim

kering. Keluhan ini sering muncul pada kulit di bagian leher, lipatan siku, atau bagian belakang lutut. Jika digaruk, kulit bersisik bisa mengelupas mengeluarkan cairan.

2. Penyakit karena kelainan auto imun

- a. Psoriasis, Psoriasis merupakan kondisi di mana sel-sel kulit tumbuh terlalu cepat, sehingga munumpuk dan membentuk bercak kemerahan disertai sisik berwarna perak.
- b. Vitiligo, Vitiligo terjadi ketika sel kulit yang memproduksi melanin (pigmen berwarna gelap) tidak berfungsi. Akibatnya, kulit kehilangan warnanya dan muncul bercak-bercak putih. Vitiligo bisa diderita oleh semua jenis kulit, namun akan terlihat lebih jelas pada orang yang berkulit gelap.
- c. Skleroderma, Pada skleroderma, kulit menjadi keras dan menebal. Skleroderma bisa hanya menyerang kulit, tapi bisa juga menyerang pembuluh darah dan organ dalam.
- d. Pemfigus, Terdapat dua macam pemfigus, yaitu pemfigus vulgaris dan pemfigus foliaceus. Pemfigus vulgaris ditandai dengan lepuhan yang mudah pecah namun tidak gatal. Sedangkan pemfigus foliaceus ditandai dengan kulit bersisik atau berkerak, dan lepuhan kecil yang terasa gatal jika pecah.
- e. Discoid lupus erythematosus, Ini merupakan penyakit lupus yang menyerang kulit. Gejala discoid lupus erythematosus meliputi ruam parah yang cenderung memburuk saat terkena sinar matahari. Ruam dapat muncul di bagian tubuh mana pun, tetapi lebih sering muncul di kulit kepala, wajah, leher, tangan, dan kaki.

3. Penyakit kulit karena infeksi

- a. Infeksi jamur, Jamur biasanya menyerang bagian kulit yang sering lembap. Macam-macam penyakit kulit karena infeksi jamur adalah kurap, tinea cruris (infeksi jamur di selangkangan), panu, dan kutu air (infeksi jamur pada kaki).
- b. Infeksi parasit
- c. Parasit, seperti kutu dan tungau, merupakan jenis parasit yang sering menimbulkan penyakit kulit, yaitu kudis. Selain kedua jenis parasit tersebut, infeksi cacing juga bisa menimbulkan penyakit kulit.
- d. Infeksi virus, Cacar, herpes zoster atau cacar ular, kutil, molluscum contagiosum, dan campak merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh virus.

C. Tindakan Pencegahan Agar Tidak Terjadi Gangguan Pada Kulit

1. Jaga kebersihan diri dengan mandi setiap hari. Saat mandi, disarankan menggunakan sabun yang berbahan lembut.
2. Hindari kontak fisik dengan penderita penyakit kulit menular.
3. Hindari berbagi penggunaan barang-barang pribadi, seperti handuk atau pakaian, dengan penderita penyakit kulit.
4. Oleskan pelempap kulit secara rutin agar tidak kering, gatal, atau iritasi.
5. Hindari kebiasaan menggaruk kulit dan memecahkan bisul atau lepuhan yang muncul pada kulit.
6. Hindari cara merawat kulit wajah, termasuk cara mencerahkan wajah, yang tidak sesuai dengan tipe kulit.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Meliputi Identitas Klien meliputi nama, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

Keluhan Utama, Menggambarkan alasan seseorang masuk rumah sakit. Pada umumnya keluhan utama yakni adanya rasa kesemutan pada kaki / tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka.

Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan

- a. Proving Incident : apakah ada peristiwa yang menjadi faktor prespitasi nyeri
- b. Quality of Pain : seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c. Region : Radiation, Relief : apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d. Severity (scale) of Pain : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya
- e. Time : berapa lama nyeri berlangsung, kapan , apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI,2017) :

- a. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan kerusakan jaringan / lapisan kulit, kemerahan.
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pecendera fisiologi (inflamasi dan iskemi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan aliran arteri / vena ditandai dengan warna kulit pucat dan penyembuhan luka lambat
- d. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan adanya luka pada kaki
- e. Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (diabetes melitus).
- f. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan kerusakan jaringan / lapisan kulit, kemerahan

SLKI

integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :

- 1. Kerusakan jaringan menurun.
- 2. Kerusakan lapisan kulit menurun
- 3. Nyeri menurun
- 4. Kemerahan menurun
- 5. Perfusi jaringan meningkat

SIKI

Perawatan Integritas Kulit

Observasi : Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Edukasi :

- 1. Anjurkan minum air yang cukup
- 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 3. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

Perawatan Luka

Observasi :

- 1. Monitor karakteristik luka
- 2. Monitor tanda tanda vital

Teraupetik :

- 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 2. Bersihkan cairan NaCl atau pembersih nontoksik
- 3. Bersihkan jaringan nekrotik
- 4. Pasangkan balutan sesuai jenis luka

5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

Edukasi :

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian Antibiotik, Jika perlu

Diagnosa keperawatan : Nyeri Akut berhubungan dengan agen pecendera fisiologi (inflamasi dan iskemi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak meringis

SLKI

tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Frekuensi nadi membaik

SIKI

Manajemen Nyeri

Observasi :

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon nyeri nonverbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri

Teraupetik :

1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Edukasi :

1. Fasilitasi istirahat dan tidur
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Diagnosa : Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis

SLKI : tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

1. Kemerahan menurun
2. Nyeri menurun

3. Bengkak menurun

SIKI :

Pencegahan Infeksi

Observasi :

1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal siskemik

Teraupetik :

1. Berikan perawatan kulit pada area edema
2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
2. Pertahankan teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi
3. Monitor tanda tanda infeksi
4. pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
5. Bersihkan luka dengan NaCl

Edukasi :

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Kolaborasi :

1. Kolaborasi prosedure debridement jika perlu

E. Latihan

1. Bagian paling luar dari epidermis dan tersusun dari sel-sel mati yang mudah mengelupas., disebut?
 - A. Lapisan tanduk
 - B. Malpigi
 - C. Dermis
 - D. Sub kutis
 - E. Kelenjer minyak
2. Kulit sebagai alat eksresi mempunyai fungsi
 - A. Menjaga suhu tubuh tetap konstan
 - B. Membentuk vitamin D yang berasal dari provitamin D
 - C. Mengeluarkan garam mineral
 - D. Melindungi tubuh dari sinar ultra violet
 - E. Melindungi tubuh dari bibit penyakit
3. Organ manusia yang bertanggung jawab mengekskresikan sisa-sisa metabolisme dalam darah adalah
 - A. Ginjal dan paru-paru
 - B. Ginjal dan kulit
 - C. Paru-paru dan jantung
 - D. Paru-paru dan kulit
 - E. Hati dan kulit
4. Berikut faktor yang tidak mempengaruhi pengeluaran keringat pada manusia adalah
 - A. Emosi
 - B. Umur
 - C. Suhu
 - D. Rangsangan saraf
 - E. Aktivitas

Kunci Jawaban

1. A
2. C
3. A
4. B

F. Rangkuman Materi

Lapisan kulit yaitu :

1. Epidermis, Epidermis merupakan lapisan kulit terluar yang sangat tipis dan berfungsi sebagai penerima rangsang. Bagian tersebut terdiri dari dua lapisan, yaitu:
 - a. Lapisan tanduk
 - b. Lapisan Malpighi, Lapisan malpighi terletak di bawah lapisan tanduk dan tersusun dari sel-sel hidup.
2. Dermis (Lapisan Kulit Jangat), terdapat bagian-bagian seperti
 - a. Pembuluh darah,
 - b. Kelenjer keringat
 - c. Ujung-Ujung Saraf Indera
 - d. Kantung Rambut

Kulit mempunyai beberapa fungsi di antaranya yaitu:

- a. Pelindung tubuh, Kulit berfungsi melindungi tubuh
- b. Pengatur suhu tubuh,
- c. Tempat menyimpan lemak.
- d. Tempat pembuatan vitamin D
- e. Sebagai Indra peraba

G. Daftar Pustaka

Alligood, MR,. 2014. Nursing Theorists and Their Work. Elseviers

PPNI .(2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI

PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI

PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.

Zapatta. 2013. Terori keperawatan menurut Virginia.
http://nataliazapatta.blogspot.com/2013/03/teori-keperawatan-menurut-virginia_8080.html

BAB 9

KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: MENGHINDARI BAHAYA LINGKUNGAN DAN MENGHINDARI CEDERA ORANG LAIN

Lidya Maryani, S. Kep., Ners., M.M., M. Kep.

Pendahuluan

Setiap individu dapat terpapar oleh bahaya lingkungan yang dapat mengancam keselamatannya. Meskipun banyak individu mampu menjaga lingkungan mereka tetap aman secara mandiri, namun terdapat faktor-faktor seperti usia atau kondisi penyakit tertentu dapat mengurangi kemampuan individu tersebut untuk melindungi dirinya sendiri tanpa bantuan eksternal. Sebagian besar kejadian yang menyebabkan cedera sebenarnya dapat dicegah, dan perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk mengidentifikasi potensi bahaya di berbagai situasi di mana perawatan klien dilakukan. Mempertahankan lingkungan yang aman mencakup upaya pencegahan terhadap berbagai kecelakaan, cedera akibat paparan bahan kimia berbahaya, dan bahaya infeksi silang. Hal ini dianggap sebagai bagian penting dalam praktik keperawatan untuk secara sistematis menilai klien guna mengetahui kemampuan mereka dalam melindungi diri terhadap kemungkinan kecelakaan dan bahaya, serta mengidentifikasi klien-klien yang berisiko tinggi mengalami cedera akibat keadaan tersebut (Nurse Key, 2017).

Bab ini bertujuan untuk memahami konsep dan prinsip yang dijelaskan oleh Virginia Henderson, dengan fokus khusus pada upaya menghindari bahaya lingkungan dan menghindari cedera orang lain. Dengan memperdalam pemahaman terhadap konsep dan prinsip ini, mahasiswa keperawatan, dosen dan praktisi keperawatan diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi semua individu yang terlibat dalam proses keperawatan.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan dapat:

1. Menjelaskan kategori bahaya di lingkungan
2. Menjelaskan faktor-faktor paparan lingkungan terhadap bahaya lingkungan
3. Menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan manusia mengenali bahaya dan melindungi diri dari bahaya lingkungan
4. Menguraikan rencana tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko bahaya lingkungan dan mencegah cedera orang lain.

Capaian Pembelajaran:

Setelah menyelesaikan pembelajaran ini, diharapkan mampu:

1. Mengidentifikasi kategori bahaya lingkungan yang dihadapi di lingkungan perawatan kesehatan
2. Mengidentifikasi faktor-faktor paparan lingkungan terhadap bahaya lingkungan
3. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan manusia mengenali bahaya dan melindungi diri dari bahaya lingkungan
4. Menyusun rencana tindakan untuk mengurangi risiko bahaya lingkungan dan mencegah cedera orang lain di lingkungan perawatan.

URAIAN MATERI

Lingkungan pada umumnya terdiri dari faktor fisik, kimia dan biologis. Hubungan individu dengan lingkungan selalu bersifat interaktif. Hal ini berarti bahwa individu memengaruhi lingkungan dan lingkungan memengaruhi individu. Interaksi ini dapat memaparkan individu pada bahaya kesehatan lingkungan; yaitu segala faktor lingkungan atau situasi yang dapat menyebabkan cedera, penyakit, atau kematian.

Bahaya atau *hazard* merupakan sebuah kondisi akibat perubahan tindakan yang menimbulkan risiko yang mempengaruhi keselamatan pasien selama perawatan (Albyn dkk., 2022). Bahaya adalah suatu hal yang berpotensi memicu kerusakan baik harta benda, lingkungan atau manusia (Widoso, 2021).

A. Kategori Bahaya Lingkungan

Bahaya lingkungan umumnya dikategorikan sebagai berikut (OpenLearn Create, 2024):

1. Bahaya fisik

Bahaya fisik adalah zat atau kondisi yang mengancam keselamatan fisik individu. Contoh bahaya fisik terdiri dari: kebisingan, kebakaran, bahan peledak, suhu (panas atau dingin), radiasi, tumpahan di lantai dan mesin-mesin tanpa pengaman. Bahaya fisik juga mencakup bahaya ergonomis yang terjadi ketika jenis pekerjaan, posisi tubuh, dan kondisi kerja memberikan tekanan pada tubuh. Paparan jangka pendek dapat mengakibatkan kelelahan otot, tetapi paparan jangka panjang dapat mengakibatkan cedera serius jangka panjang pada sistem muskuloskeletal.

2. Bahaya biologis

Bahaya biologis adalah organisme atau produk sampingan dari suatu organisme yang berbahaya atau berpotensi berbahaya bagi manusia, meliputi bakteri patogen, virus, dan parasit, serta toksin yang dihasilkan oleh organisme. Bahaya biologis adalah penyebab utama dari sebagian besar penyakit pada manusia. Bahaya biologis dapat muncul dari interaksi dengan orang atau hewan yang terinfeksi, atau menangani limbah infeksi dan cairan tubuh, serta kontak dengan air, makanan dan limbah yang tidak aman. Secara khusus, pekerjaan di rumah sakit dan laboratorium dapat terpapar terhadap bahaya biologis. Hasil studi menunjukkan bahaya biologis pada keperawatan banyak ditemui saat perawat kontak dengan pasien melalui cairan tubuh yang terkontaminasi (Ayu et al., 2022).

3. Bahaya kimia

Bahan kimia dapat berupa gas, padatan, atau cairan. Paparan terhadap bahan kimia dapat menyebabkan efek kesehatan akut (timbul secara cepat atau segera) jika dikonsumsi dalam jumlah besar dalam satu dosis; dan efek kesehatan kronis (efek jangka panjang pada kesehatan) jika dikonsumsi dalam dosis kecil selama waktu yang lama. Deterjen, obat-obatan dan pestisida adalah bahaya kimia yang umum ditemukan di rumah tangga. Seseorang terpapar bahan kimia melalui berbagai cara: melalui inhalasi uap, gas, atau debu; melalui kontak kulit dengan pelarut, asam, dan alkalis; dan melalui ingesti bahan kimia yang tidak diketahui bersama makanan dan air. Pembakaran bahan bakar yang tidak sempurna melepaskan karbon monoksida (CO) yang merupakan bahaya kimia. Ketika dihirup, CO berikatan dengan hemoglobin dalam darah, mengurangi penyerapan oksigen. Hal ini dapat menyebabkan penyakit berat bahkan kematian.

4. Bahaya budaya terkait praktik

Budaya adalah pengetahuan, keyakinan, seni, hukum, moral, adat istiadat, dan kebiasaan yang diperoleh oleh individu sebagai anggota masyarakat. Ini juga adalah cara hidup yang umum dan kumpulan pemikiran dan perasaan yang dibagikan oleh anggota masyarakat. Sama seperti ada praktik budaya yang baik untuk kesehatan, seperti menyusui anak, ada juga praktik budaya yang berdampak buruk pada kesehatan dan ini dapat dianggap sebagai bahaya budaya. Higiene, promosi kesehatan, dan mobilisasi masyarakat adalah intervensi penting yang membantu meningkatkan praktik-praktik yang tidak bermanfaat bagi masyarakat. Untuk mengubah perilaku manusia dari praktik yang berdampak buruk bagi kesehatan, maka perlu mengubah pengetahuan dan sikap.

5. Bahaya sosial

Kemiskinan dan buta huruf adalah contoh bahaya sosial. Kondisi ekonomi kurang dan tidak berpendidikan lebih sering sakit, dibandingkan dengan orang yang lebih kaya dan berpendidikan. Alkoholisme, obesitas, merokok dan penyalahgunaan obat juga merupakan bahaya sosial yang mempengaruhi kesehatan. Seseorang dengan kebiasaan seperti itu, dari waktu ke waktu, akan menurun, tidak dihormati oleh masyarakat, ketidakpuasan fisik dan mental dan pada akhirnya kemungkinan besar akan menderita penyakit kronis seperti penyakit paru-paru dan kardiovaskular.

B. Faktor-Faktor Paparan Lingkungan terhadap Bahaya

Untuk mengurangi dampak negatif dari bahaya lingkungan terhadap kesehatan manusia, perlu dipahami faktor-faktor berikut (OpenLearn Create, 2024):

1. Sumber bahaya (dari mana asalnya) adalah tempat asal dari aktivitas yang diusulkan dan yang sudah ada. Contohnya: aktivitas rumah tangga juga bisa menjadi sumber bahaya, misalnya, memasak dengan bahan bakar seperti kotoran hewan dan arang menghasilkan asap beracun yang dapat menyebabkan penyakit paru-paru.
2. Jenis bahaya adalah bahan kimia tertentu, agen infeksi, atau agen lain yang terlibat.
3. Jalur (lingkungan yang terkena dampak dan bagaimana paparan bisa terjadi) adalah rute yang dilalui bahaya dari sumber ke manusia.
4. Respons (efek dari bahaya terhadap manusia) adalah hasil kesehatan (perubahan dalam fungsi tubuh atau kesehatan) setelah bahaya mempengaruhi orang tersebut. Jumlah dan jenis perubahan (atau respons) tergantung pada jenis bahaya dan efek bahaya terhadap orang yang berbeda. Hal tersebut bergantung juga pada kesehatan individu dan faktor usia.

C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan Manusia Mengenali Bahaya dan Melindungi Diri dari Bahaya

Perawat harus menilai lingkungan untuk mengidentifikasi ancaman terhadap klien dan keamanan diri mereka sendiri atau orang lain, kemudian merencanakan dan melaksanakan langkah-langkah yang diperlukan untuk mengurangi atau bila memungkinkan menghilangkan sepenuhnya bahaya aktual atau potensial dan risiko cedera (Nurse Key, 2017). Bagian dari penilaian berarti mengidentifikasi individu yang paling berisiko dari bahaya dalam lingkungan. Semua klien harus dinilai untuk faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi kemampuan mereka untuk mengenali bahaya dan melindungi diri dari bahaya (Nurse Key, 2017), diantaranya:

1. Gangguan Organ sensorik

Klien yang sedang menerima perawatan medis atau keperawatan mungkin terpengaruh baik secara sementara maupun permanen oleh gangguan fisik, psikologis, atau emosional yang mengganggu kemampuan untuk mengenali, menghindari, atau melindungi diri dari bahaya lingkungan. Kemampuan untuk menghindari bahaya bergantung pada kesadaran akan

adanya bahaya itu, dan untuk menyadari, orang harus mampu mempersepsikan, menginterpretasikan dan bereaksi secara tepat terhadap rangsangan sensorik. Manusia diberi informasi tentang lingkungan mereka melalui indera. Misalnya, indera penciuman memperingatkan keberadaan asap atau uap beracun. Setiap perubahan pada efisiensi salah satu dari lima indera (penciuman, perasa, pendengaran, penglihatan, atau sentuhan) dapat secara signifikan mengurangi kemampuan klien untuk mendeteksi dan melindungi diri dari bahaya. Hal ini kemudian dapat secara signifikan meningkatkan potensi terjadinya kecelakaan.

2. Usia

Usia bayi dan lanjut usia berada pada risiko kecelakaan yang tinggi, namun setiap tahap perkembangan manusia memiliki risikonya sendiri terhadap keselamatan. Bayi sepenuhnya bergantung pada orang lain untuk keselamatan mereka. Mereka harus dilindungi dari infeksi, kecelakaan, dan paparan suhu ekstrem. Balita dan anak kecil belum belajar membedakan antara keamanan dan bahaya dan karena itu secara terus-menerus terpapar bahaya saat mereka belajar tentang lingkungan. Mereka rentan terhadap kecelakaan karena banyak bahaya yang tidak jelas bagi mereka; misalnya, mereka dapat mengonsumsi zat beracun seperti cairan pembersih jika zat-zat tersebut tidak disimpan di tempat yang tidak dapat dijangkau dalam wadah yang aman bagi anak-anak.

3. Kelelahan dan Stress

Kekerasan terhadap orang tua merupakan masalah keselamatan yang harus diwaspadai perawat ketika mengkaji klien. Kekerasan terhadap orang tua, terutama mereka yang menderita demensia, terkadang terkait dengan tindakan Keluarga atau pengasuh yang mengalami kelelahan dan stres karena merawat klien. Keluarga atau pengasuh seringkali malu untuk meminta bantuan dan klien sering tidak memiliki keberanian untuk berbicara tentang apa yang terjadi pada mereka. Perawat harus waspada terhadap tanda dan gejala kekerasan saat mengkaji klien dan mengenali kapan keluarga dan pengasuh memerlukan intervensi seperti istirahat tidur yang teratur.

4. Mobilitas Berkurang

Mobilitas memungkinkan orang untuk melindungi diri dari banyak bahaya lingkungan dan menjaga keselamatan mereka sendiri. Ketidakmampuan untuk memulai, mengkoordinasikan atau melakukan

aktivitas motorik akan mengurangi kemampuan fisik menjauh dari situasi berbahaya dan potensi cedera. Individu yang tidak stabil di kakinya, misalnya, akibat gangguan neurologis atau dari efek obat lebih rentan terhadap cedera akibat kehilangan keseimbangan dan jatuh.

5. Gangguan Kognisi atau Kesadaran Mental

Kesadaran yang terganggu dapat mengurangi kemampuan untuk mempersepsikan, menginterpretasikan dan bereaksi terhadap orang, objek, atau situasi menjaga keselamatan. Sebagai contoh, seseorang dengan demensia Alzheimer mungkin akan menyeberang jalan yang ramai atau menyentuh oven panas karena mereka gagal untuk mempersepsikan hal-hal tersebut sebagai potensi berbahaya. Risiko cedera terhadap diri sendiri atau orang lain secara signifikan meningkat jika seseorang bingung atau menderita kehilangan ingatan; misalnya, klien dengan cedera kepala, dibawah pengaruh zat kimia, demensia atau gangguan jiwa serius. Mereka memerlukan perawat dan semua anggota tim perawatan kesehatan untuk bekerja sama memastikan bahwa mereka dilindungi dari bahaya atau dari menyakiti orang lain.

6. Komunikasi Terganggu

Klien yang tidak dapat mempersepsikan bahaya karena mereka salah menafsirkan isyarat lingkungan atau tidak memahami, melihat atau mendengar peringatan atau instruksi verbal atau tertulis berisiko lebih besar mengalami cedera. Klien yang mengalami hambatan bahasa atau mengalami gangguan komunikasi, seperti afasia, memungkinkan tidak memiliki kemampuan untuk melaporkan bahaya yang mereka amati atau untuk meminta bantuan.

7. Gangguan Intelektual atau Psikologis

Setiap perubahan dalam kemampuan otak untuk menafsirkan apa yang terjadi dalam lingkungan menempatkan klien pada risiko cedera yang lebih besar. Gangguan dalam proses perkembangan atau perubahan dalam fungsi otak juga dapat menyebabkan perilaku yang tidak didasarkan pada pengambilan keputusan yang jelas dan logis. Hal ini dapat menyebabkan klien menjadi ancaman bagi keselamatan mereka sendiri.

D. Manajemen Keselamatan Lingkungan

Manajemen keselamatan lingkungan adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola lingkungan fisik untuk meningkatkan keselamatan (PPNI, 2017). Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen keselamatan lingkungan (PPNI, 2018, 2019), antara lain:

1. Observasi

- a. Identifikasi kebutuhan keselamatan (misalnya: kondisi fisik, fungsi kognitif, dan Riwayat perilaku)
- b. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan

2. Terapeutik

- a. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (misalnya: fisik, biologi, kimia), jika memungkinkan
- b. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko
- c. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (misalnya: *commode chair* dan pegangan tangan)
- d. Gunakan perangkat pelindung (mis: pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)
- e. Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (misalnya: puskesmas, polisi, damkar)
- f. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman
- g. Lakukan program skrining bahaya lingkungan (misalnya: timbal)

3. Edukasi

Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan

E. Pencegahan Cedera

Pencegahan cedera adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko pasien mengalami bahaya atau kerusakan fisik (PPNI, 2017). Tindakan yang dilakukan pada intervensi pencegahan cedera (PPNI, 2018, 2019), antara lain:

1. Observasi

- a. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
- b. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
- c. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah

2. Terapeutik

- a. Sediakan pencahayaan yang memadai

- b. Gunakan lampu tidur selama jam tidur
- c. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis: penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi)
- d. Gunakan alas kaki jika berisiko mengalami cedera serius
- e. Sediakan alas kaki antislip
- f. Sediakan pispot dan urinal untuk eliminasi di tempat tidur, jika perlu
- g. Pastikan bel panggilan atau telepon mudah terjangkau
- h. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau
- i. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan
- j. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci
- k. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan Kesehatan
- l. Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur atau kursi
- m. Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan
- n. Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis: tongkat atau alat bantu jalan)
- o. Diskusikan Bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien
- p. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan

3. Edukasi

- a. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga
- b. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri.

F. Latihan

1. Apa yang menjadi fokus utama konsep keperawatan menurut Virginia Henderson terkait dengan lingkungan perawatan?
 - A. Pengobatan penyakit fisik
 - B. Mendukung kesejahteraan psikososial pasien
 - C. Memberikan bantuan dalam aktivitas sehari-hari
 - D. Menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung
2. Seorang perawat bertugas merawat seorang lansia yang tinggal sendiri di rumahnya. Klien sering kali lupa mengunci pintu rumahnya, membiarkan kompor gas menyala dan terkadang merasa bingung di sekitar rumahnya. Apa yang dapat menyebabkan klien terpapar bahaya lingkungan seperti kebakaran?
 - A. Gangguan kognisi atau kesadaran mental
 - B. Gangguan intelektual atau psikologis
 - C. Gangguan komunikasi
 - D. Kelelahan dan stress
3. Salah satu aspek yang harus dipertimbangkan dalam mencegah cedera orang lain adalah?
 - A. Berkomunikasi minimal dengan pasien dan keluarganya
 - B. Membaca protokol keselamatan setelah menggunakan alat kesehatan
 - C. Melakukan tindakan keperawatan dengan memperhatikan resiko yang berpotensi kecil
 - D. Mempertimbangkan kebutuhan keselamatan semua individu yang terlibat dalam perawatan
4. Tindakan apa yang termasuk dalam kategori observasi dalam manajemen keselamatan lingkungan?
 - A. Sosialisasi pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat
 - B. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
 - C. Memantau perubahan status keselamatan lingkungan
 - D. Sediakan pencahayaan yang memadai
5. Apa yang menjadi fokus utama dari intervensi pencegahan cedera?
 - A. Mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
 - B. Menurunkan risiko pasien mengalami bahaya atau kerusakan fisik
 - C. Mengelola lingkungan fisik untuk meningkatkan keselamatan
 - D. Meningkatkan risiko pasien mengalami bahaya fisik

Kunci Jawaban:

1. D 2. A 3. D 4. C 5. B

G. Rangkuman Materi

Konsep dan prinsip keperawatan menurut Virginia Henderson mempertegas peran esensial perawat dalam membangun lingkungan yang tidak hanya aman tetapi juga mendukung keseluruhan kesejahteraan pasien dan individu lain yang terlibat dalam proses perawatan. Fokus utamanya adalah pada penghindaran bahaya lingkungan, yang mencakup identifikasi dan mitigasi risiko yang mungkin terjadi di sekitar pasien, termasuk faktor fisik, lingkungan dan psikososial. Henderson menekankan pentingnya perawat sebagai advokat keselamatan pasien, dengan strategi seperti edukasi pasien dan keluarga tentang risiko lingkungan, penerapan protokol pengawasan yang ketat, serta pemeriksaan dan evaluasi berkala terhadap kondisi lingkungan. Di samping itu, prinsip Henderson juga menyoroti pentingnya mencegah cedera orang lain, yang melibatkan komunikasi yang efektif, penggunaan alat bantu dengan aman, dan kolaborasi dengan semua pemangku kepentingan. Dengan demikian, melalui pemahaman dan implementasi konsep ini, perawat dapat memainkan peran penting dalam menciptakan lingkungan perawatan yang aman, menjaga keselamatan pasien dan memperkuat kualitas perawatan secara keseluruhan.

H.Daftar Pustaka

- Albyn, D. F., Making, M. A., Iswati, Selasa, P., Rusiana, H. P., Sapwal, J., Primasari, N. A., Shodiqurrahman, R., Badi'ah, A., Istiqomah, S. H., Fajriyah, N., Rifai, A., Isnaeni, L. M. A., & Anwar, K. (2022). *Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja* (A. Munandar, Ed.; Vol. 1). CV. Media Sains Indonesia.
- Ayu, N., Suratmi, Handayani, P., Rahmawati, A., Laili, N., Septianingtyas, M., Suriyani, Kushayati, N., Vianitati, P., & Nofianti. (2022). *Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Nurse Key. (2017, Februari 12). *Safety and Protection*. Nurse Key. <https://nursekey.com/safety-and-protection/>
- OpenLearn Create. (2024). *Environmental Health Hazards*. The Open University. <https://www.open.edu/openlearncreate/mod/oucontent/view.php?id=188>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1 ed., Vol. 3). PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1 ed., Vol. 2). PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1 ed., Vol. 2). PPNI.
- Widoso, D. S. (2021). *Keselamatan dan Kesehatan Kerja: Manajemen dan Implementasi K3 di Tempat Kerja* (1 ed., Vol. 1). Penebar Media Pustaka.

BAB 10

KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: BERKOMUNIKASI DENGAN ORANG LAIN

Siti Rukayah, SKp., M.Kep.

Pendahuluan

Virginia Henderson memandang pasien sebagai individu yang membutuhkan bantuan dalam mencapai kebebasan dan keutuhan pikiran dan tubuh. Dia menegaskan bahwa praktik yang dilakukan oleh perawat independent dari praktik dokter. Dia juga mengenalkan pemikirannya tentang peran perawat yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Henderson menegaskan pentingnya seni dalam keperawatan dan mengenalkan 14 kebutuhan dasar manusia yang menjadi dasar asuhan keperawatan yaitu:

1. Bernapas normal
2. Makan dan minum dengan cukup
3. Mengeluarkan buangan tubuh
4. Bergerak dan mempertahankan postur tubuh yang diinginkan
5. Tidur dan istirahat
6. Memilih pakaian yang sesuai, memilih antara memakai atau melepas pakaian
7. Mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal dengan cara menyesuaikan pakaian dan modifikasi lingkungan
8. Mempertahankan kebersihan tubuh, berhias dengan pantas dan melindungi kulit
9. Mencegah bahaya di lingkungan dan mencegah dari aktivitas membahayakan orang lain.
10. Berkommunikasi dengan orang lain untuk mengungkapkan perasaan, kebutuhan, kekhawatiran dan pendapat
11. Beribadah sesuai dengan keyakinan dirinya
12. Bekerja sehingga merasa berprestasi
13. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai pilihan kegiatan rekreasi

14. Belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mendukung pengembangan diri dan kesehatan yang normal serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional :

Memahami konsep dan prinsip kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson yaitu berkomunikasi dengan orang lain.

Capaian Pembelajaran:

- a. Mampu menjelaskan tingkatan komunikasi
- b. Mampu menjelaskan elemen proses komunikasi
- c. Mampu menjelaskan bentuk komunikasi
- d. Mampu menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi
- e. Mampu menjelaskan pengajian komunikasi
- f. Mampu menjelaskan diagnosa keperawatan terkait komunikasi
- g. Mampu menjelaskan perencanaan pada pasien yang mengalami masalah komunikasi
- h. Mampu menjelaskan implementasi pada pasien yang mengalami masalah atau gangguan komunikasi
- i. Mampu menjelaskan evaluasi pada pasien yang mengalami masalah atau gangguan komunikasi

URAIAN MATERI

A. Konsep Komunikasi

Komunikasi adalah elemen dasar dari interaksi manusia yang memungkinkan seseorang untuk menetapkan, mempertahankan dan meningkatkan kontak dengan orang lain. Karena komunikasi dilakukan oleh seseorang setiap hari, orang seringkali salah berpikir bahwa komunikasi adalah sesuatu yang mudah. Namun sebenarnya komunikasi adalah proses kompleks yang melibatkan tingkah laku dan hubungan serta memungkinkan individu berasosiasi dengan orang lain dan dengan lingkungan sekitarnya. Hal ini merupakan peristiwa yang terus berlangsung secara dinamis yang maknanya dipacu dan ditransmisikan.

Keperawatan didasarkan pada penetapan hubungan merawat dan membantu. Hubungan ini adalah dasar dari interaksi yang membuat klien dan tim perawatan kesehatan berupaya menemukan pemahaman atas kebutuhan klien. Dalam metode kolaborasi, klien, perawat dan anggota lain dari tim kesehatan mengidentifikasi persetujuan Bersama untuk mencapai keberhasilan. Komunikasi memicu perubahan. Perawat mendengar, bicara dan bertindak untuk untuk menegosiasikan perubahan untuk meningkatkan kesehatan klien kembali ke tingkat sehat (Potter and Perry, 2015)

B. Tingkatan Komunikasi

Komunikasi terjadi pada tingkat intrapersonal, interpersonal dan umum.

Komunikasi intrapersonal terjadi di dalam diri individu, merupakan model bicara seorang diri atau dialog internal yang terjadi secara konstan dan tanpa disadar. Tujuan dari komunikasi intrapersonal adalah kesadaran diri yang mempengaruhi konsep diri dan perasaan dihargai. Konsep diri yang positif dan kesadaran diri yang dating melalui dialog internal dapat membantu perawat mengekspresikan diri secara tepat kepada orang lain.

Komunikasi interpersonal adalah interaksi antara dua orang atau di dalam kelompok kecil. Seringkali bersifat saling berhadapan dan merupakan tipe yang paling sering digunakan dalam situasi keperawatan. Komunikasi individual bersifat terus menerus memperhatikan lawan bicara. Komunikasi interpersonal yang sehat menimbulkan terjadinya pemecahan masalah, berbagi ide, pengambilan keputusan dan perkembangan pribadi. Dalam keperawatan terdapat banyak situasi yang menantang kemampuan komunikasi interpersonal. Setiap pertemuan dengan klien, seperti mengumpulkan specimen darah atau

mengambil riwayat kesehatan, membutuhkan pertukaran informasi. Pertemuan dengan anggota staf, dokter, pekerja social dan ahli terapi menguji kemampuan komunikasi perawat dengan orang yang mungkin memiliki perbedaan pendapat dan pengalaman.

Komunikasi publik adalah interaksi dengan sekumpulan orang dalam jumlah besar. Memberikan kuliah pada sebuah ruangan yang dipenuhi mahasiswa dan berbicara pada kelompok pasien pada promosi kesehatan adalah contoh dari komunikasi publik.

C. Elemen Proses Komunikasi

Seorang perawat harus belajar untuk menyadari setiap elemen dari proses komunikasi. Dengan demikian perawat dapat secara efektif berinteraksi dengan klien dan tetap waspada terhadap efek komunikasi diantara mereka. Elemen komunikasi terdiri dari referen, pengirim, pesan, saluran, penerima dan respon.

1. Referen

Referen atau stimulus memotivasi seseorang untuk berkomunikasi dengan orang lain. Referen dapat berupa objek, pengalaman, emosi, ide atau tindakan. Individu yang secara sadar memperhitungkan referen dalam interaksi interpersonal dapat berhati-hati mengembangkan dan mengatur pesan.

2. Pengirim

Pengirim yang juga disebut encoder, adalah orang yang memprakarsai pesan atau komunikasi interpersonal. Pengirim menempatkan referen pada suatu bentuk yang dapat ditransmisikan dan melaksanakan tanggung jawab untuk ketepatan isi dan nada emosional pesan tersebut. Peran pengirim dapat diputar dan diteruskan antara peserta pada waktu informasi ditransmisikan

3. Pesan

Pesan adalah informasi yang dikirimkan atau diekspresikan oleh pengirim. Pesan yang paling efektif harus jelas dan terorganisasi serta diekspresikan dengan cara yang dikenal baik oleh orang yang menerimanya. Informasi dengan jumlah yang cukup harus diberikan dan penerima harus siap untuk mendengar pesan tersebut.

4. Saluran

Pesan dikirimkan melalui saluran komunikasi. Saluran bermaksud membawa pesan, seperti melalui sarana visual, pendengaran dan taktil. Ekspresi wajah pengirim secara visual menyampaikan pesan. Kata-kata yang diucapkan tersampaikan melalui saluran pendengaran. Meletakan tangan pada individu pada waktu berkomunikasi menggunakan saluran sentuhan. Secara umum,

semakin banyak saluran yang digunakan oleh seorang perawat untuk mengirimkan pesan, semakin baik pemahaman klien. Misalnya, ketika berusaha untuk mengatasi rasa sakit, perawat sebaiknya menunjukkan perhatian verbal, pengekspresian rasa kasihan dan reposisi klien secara hati-hati untuk meringankan rasa sakit.

5. Penerima

Penerima yang disebut decoder adalah orang yang menerima pesan yang dikirimkan. Supaya komunikasi dapat berjalan efektif, penerima harus merasa atau mewaspadai pesan tersebut. Perawat belajar untuk ikut serta dalam komunikasi intrapersonal untuk mengalisis dan menginterpretasikan komentar klien.

6. Respon

Komunikasi adalah proses yang terus menerus. Penerima membalas mengirimkan pesan kepada pengirim. Respon ini membantu untuk mengungkapkan apakah makna dari pesan tersebut tersampaikan. Tujuan dari komunikasi bukan hanya untuk meyakinkan bahwa pesan tersebut telah diterima dengan akurat. Respon verbal dan non-verbal dari penerima mengirimkan respon kepada pengirim menunjukkan pemahaman penerima tentang pesan tersebut. Dalam hubungan sosial, kedua belah pihak yang terlibat mengambil tanggung jawab yang sama untuk mencari keterbukaan dan kejelasan, mengingat perawat memiliki tanggung jawab yang besar dalam hubungan antara perawat dan klien.

D. Bentuk Komunikasi

Individu mengirimkan pesan dalam cara-cara verbal dan non-verbal yang saling bersinggungan ketika terjadi interaksi interpersonal. Pada waktu klien berbicara, perawat mengekspresikan diri kita melalui gerakan, nada dan suara, ekspresi wajah dan penampilan umum. Bentuk komunikasi terbagi dua yaitu:

1. Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal meliputi kata-kata yang diucapkan maupun yang ditulis. Seorang perawat akan menghadapi klien dari berbagai latar belakang budaya dan bicara dalam bahasa yang berbeda, bahkan sebagian klien mungkin menggunakan bahasa yang sama seperti digunakan perawat namun menggunakan variasi subkultural untuk kata-kata tertentu. Untuk membuat pesan tersebut menjadi jelas, perawat menggunakan teknik komunikasi verbal secara efektif, dengan menggunakan kata-kata dan frase yang efektif dan

berada pada tingkat pemahaman klien. Perawat seringkali menambahkan gerakan tubuh untuk meningkatkan pesan verbal.

2. Komunikasi Non-verbal

Komunikasi non-verbal adalah transmisi pesan tanpa menggunakan kata-kata dan merupakan salah satu cara yang terkuat bagi seseorang untuk mengirimkan pesan kepada orang lain. Gerakan tubuh memberi makna yang lebih jelas daripada kata-kata. Perawat harus waspada akan adanya komunikasi non-verbal yang mengikuti pesan verbal yang disampaikan pada klien. Klien mungkin merasakan adanya rasa ketidakpercayaan atau kecemasan ketika muncul ketidaksesuaian antara pesan verbal dan non-verbal perawat. Yang termasuk kedalam komunikasi non verbal yaitu penampilan diri, intonasi suara, ekspresi wajah, postur dan gaya berjalan, gerakan tubuh dan sentuhan.

E. Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi

1. Perkembangan

Untuk dapat berkomunikasi secara efektif dengan anak-anak, perawat harus memahami pengaruh perkembangan bahasa dan proses berpikir. Keduanya akan mempengaruhi cara anak berkomunikasi dan cara bagaimana perawat dapat berinteraksi secara sukses dengan mereka.

2. Persepsi

Setiap orang merasakan, menginterpretasikan dan memahami kejadian secara berbeda. Persepsi adalah pandangan pribadi atas apa yang terjadi. Seorang perawat mungkin berkata, "Saya perhatikan Anda menjadi diam sejak keluarga Anda pergi. Apakah Anda mau membicarakannya ?" Persepsi klien terhadap maksud perawat akan mempengaruhi keinginannya untuk berbicara. Persepsi terbentuk oleh apa yang diharapkan dan pengalaman. Perbedaan dalam persepsi antar individu yang berinteraksi dapat menjadi kendala dalam komunikasi.

3. Nilai

Nilai adalah standar yang mempengaruhi tingkah laku. Nilai tersebut adalah apa yang dianggap penting dalam hidup oleh seseorang dan pengaruh dari ekspresi pemikiran dan ide. Nilai juga mempengaruhi interpretasi pesan. Karena nilai adalah panduan umum tingkah laku, sangat penting bagi seorang perawat untuk mengembangkan kepekaan dalam nilai tersebut. Beberapa nilai mungkin diketahui dengan mudah dan tanpa konflik (mis. kerahasiaan atau perawatan kulit bagi pasien yang tidak dapat mobilisasi) sedangkan yang

lainnya mungkin mengarah pada konflik tingkat tinggi dan menjadi sulit diartikulasikan (mis. nilai tentang kematian dan hak untuk mati). Perawat sebaiknya tidak membiarkan nilai pribadi mempengaruhi hubungan profesional.

4. Emosi

Emosi adalah perasaan subjektif seseorang mengenai peristiwa tertentu. Cara seseorang bersosialisasi atau berkomunikasi dengan orang lain dipengaruhi oleh emosi. Klien yang marah mungkin melakukan reaksi yang berbeda atas perintah perawat dibandingkan mereka yang ketakutan. Emosi mempengaruhi kemampuan untuk menerima pesan dengan sukses. Emosi juga dapat menyebabkan seseorang salah menginterpretasikan sesuatu atau tidak mendengar pesan. Jika klien melontarkan rasa marahnya, seorang perawat tidak boleh menganggapnya serius. Perawat dapat mengkaji emosi klien dengan mengamati interaksi mereka dengan keluarga, dokter atau perawat lainnya.

5. Latar belakang sosiokultural

Budaya merupakan bentuk kondisi yang menunjukkan dirinya melalui tingkah laku. Budaya, pembawaan, nilai dan gerakan tubuh merefleksikan asal budaya. Budaya mempengaruhi cara klien dan perawat melakukan hubungan satu sama lain dalam berbagai situasi. Perawat belajar untuk mengetahui makna budaya dalam proses komunikasi. Misalnya orang Amerika dan Eropa lebih terbuka dan ingin mendiskusikan masalah keluarga yang pribadi sedangkan orang Amerika Latin, Afrika dan Asia enggan untuk mengemukakan informasi pribadi atau keluarga pada orang asing seperti perawat atau dokter.

6. Gender

Perbedaan jenis kelamin mempengaruhi proses komunikasi. Pria dan wanita memiliki gaya komunikasi yang berbeda satu sama lain, saling mempengaruhi proses komunikasi secara unik.

7. Pengetahuan

Komunikasi dapat menjadi sulit ketika orang yang berkomunikasi memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda. Pesan akan menjadi tidak jelas jika kata-kata dan ungkapan yang digunakan tidak dikenal oleh pendengar. Perawat berkomunikasi dengan klien dan professional yang memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda. Bahasa yang umum digunakan adalah esensial ketika berkomunikasi dengan tingkat pengetahuan yang berbeda. Perawat mengkaji pengetahuan klien dengan mencatat respon mereka atas

pertanyaan, kemampuan untuk mendiskusikan masalah kesehatan dan pertanyaan yang mereka tanyakan.

8. Peran dan hubungan

Individu berkomunikasi dalam tatanan yang tepat menurut hubungan dan peran mereka. Perawat mungkin merasa nyaman ketika berkomunikasi dengan rekan sejawat, bercanda mengenai kejadian sehari-hari dan berbagi cerita yang menyenangkan. Namun komunikasi dengan klien membutuhkan peran yang berbeda. Perawat menunjukkan rasa hormat dan menghindari humor sampai mereka dapat menentukan reaksi pasien terhadapnya. Kemudian ketika hubungan perawat dan klien semakin kuat, percakapan sehari-hari dan memanggil klien dengan nama depan mungkin dapat dilakukan tetapi hanya atas persetujuan klien.

9. Lingkungan

Orang cenderung dapat berkomunikasi dengan lebih baik dalam lingkungan yang nyaman. Ruangan yang hangat, bebas dari kebisingan dan gangguan adalah yang terbaik. Kebisingan dan kurangnya kebebasan seseorang dapat mengakibatkan kebingungan, ketegangan atau ketidaknyamanan. Misalnya, klien yang takut pada diagnosa kanker akan keberatan untuk mendiskusikan penyakitnya dalam ruangan tunggu yang sibuk dan penuh sesak. Gangguan lingkungan dapat mengganggu pesan yang dikirimkan antara dua orang.

10. Ruang dan territorial

Teritorial menetapkan makna dari hak seseorang pada suatu area dan sekitarnya. Teritorial sangat penting karena membuat orang merasa memiliki identitas, keamanan dan kontrol. Perawat seringkali bekerja dengan klien dalam situasi dimana ruang dan territorial sangat penting. Dengan sentuhan, jarak yang memisahkan perawat dengan klien harus dibatasi oleh situasi dan budaya. Pengikatan pasien secara fisik sangat berbahaya dan melukai diri, resusitasi "dari mulut ke mulut", menggendong bayi yang sedang menangis dan memperbaiki fungsi ekskresi pada pasien inkontinensia membutuhkan tindakan invasi yang membutuhkan ruangan yang intim. Jarak atau ruang yang intim meliputi area 20 cm di mana orang dapat saling bersentuhan atau membuat kontak fisik. Ketika jarak menjadi lebih besar, klien dan perawat merasa semakin tentram.

F. Komunikasi Proses Keperawatan

Komunikasi sangat penting untuk proses keperawatan. Perawat menggunakan kemampuan komunikasi pada setiap langkah dari proses. Pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi perawatan klien bergantung pada komunikasi yang efektif antara perawat, klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya. Melalui komunikasi perawat dan klien sampai pada persetujuan bagaimana mencapai hasil perawatan yang sukses.

Komunikasi juga penting ketika perawatan pasien dengan masalah komunikasi. Jika klien tidak dapat berinteraksi dengan orang lain karena penyakit, keterlambatan perkembangan, keterbatasan fisik, gangguan karena terapi atau alasan emosi, perawat harus mendorong komunikasi. Perawat menggunakan proses keperawatan untuk menjamin bahwa klien berkomunikasi dengan cara yang baik dan efektif.

G. Pengkajian

Pengkajian dapat dimulai dengan mengulang faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi. Tingkat perkembangan, persepsi, emosi, orientasi budaya, dan pengetahuan klien, adalah pokok yang harus dipahami oleh perawat sebelum merencanakan metode untuk meningkatkan komunikasi. Mungkin akan sulit mengkaji seluruh faktor ini jika klien memiliki kendala fisik dalam berkomunikasi. Keluarga atau teman akan menjadi sangat penting untuk pengkajian perawat.

Klien mungkin akan mengalami perubahan fisik dan psikologis yang membuat komunikasi tidak seimbang. Untuk dapat berbicara dengan spontan dan jelas, seseorang harus memiliki sistem pernapasan yang utuh, rongga oral dan nasal normal, serta pusat bicara yang berfungsi dalam konteks serebral. Resepsi normal Bahasa membutuhkan system auditorius utuh. Dalam kasus seorang anak, perawat mengkaji kemampuan anak untuk berkomunikasi, meliputi observasi suara, gaya, dan kosakata yang digunakan. Ketika seorang dewasa mengalami masalah pendengaran dikemudian hari, kemampuan untuk menerima dan memahami pesan menjadi tidak seimbang. Pengulangan riwayat medis dan pengkajian fisik akan memberikan petunjuk pada kemampuan fisik klien untuk berkomunikasi.

Kendala fisik menyebabkan ketidakmampuan untuk berbicara, ketidakseimbangan dalam artikulasi atau ketidakmampuan untuk menemukan nama atau kata. Ketidakseimbangan neurologis seperti paralisis serebral atau autism dapat menghambat perkembangan kemampuan bicara secara normal

atau kemampuan bahasa yang reseptif. Ketidakmampuan seperti ini membutuhkan penggunaan formula komunikasi alternative seperti papan tulis, komputer dan bahasa isyarat.

Perawat juga harus mempertimbangkan apakah klien menjalani medikasi yang menyebabkan kerusakan wicara. Beberapa medikasi seperti antidepresan, neuroplastic atau sedative dapat menyebabkan klien menggunakan kalimat yang tidak lengkap. Perawat harus mengenali efek samping medikasi tersebut. Beberapa penyakit psikologis atau depresi dapat mempengaruhi kemampuan untuk berkomunikasi. Klien dapat menunjukkan ide-ide samar, verbalisasi konstan dari kata atau frase yang sama atau asosiasi samar dari ide-ide. Perawat harus mengisolasi penyebab psikologis masalah wicara dengan penyebab neurologis yang mungkin.

H. Diagnosa Keperawatan

Ketidakmampuan untuk berkomunikasi dengan efektif mempengaruhi kemampuan klien untuk mengekspresikan kebutuhan atau bereaksi pada lingkungan. Setelah mengumpulkan data kajian perawat mengelompokkan batasan karakteristik yang berhubungan untuk pola masalah. Keberhasilan perawat dalam mengidentifikasi masalah komunikasi klien akan menjamin perumusan diagnosa keperawatan yang akurat.

Diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami masalah komunikasi yaitu :

1. Gangguan Komunikasi Verbal

Definisi :

Penurunan, perlambatan atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan/atau menggunakan sistem simbol.

Penyebab :

Penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuscular, gangguan pendengaran, gangguan musculoskeletal, kelainan palatum, hambatan fisik (mis, terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi), hambatan individu (mis, ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi), hambatan psikologis (mis, gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi), hambatan lingkungan (mis, ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif : -

Objektif :

Tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif : -

Objektif :

Afasia, disfasia, apraksia, disleksia, diartria, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, ruang atau waktu, defisit penglihatan, delusi.

Kondisi Klinis Terkait :

Stroke, cedera kepala, trauma wajah, peningkatan tekanan intracranial, hipoksia kronis, tumor, miastenia gravis, sklerosis multiple, distropi muscular, penyakit Alzheimer, quadriplegia, labiopalatoschizis, infeksi laring, fraktur rahang, skizofrenia, delusi, paranoid dan autism.

2. Perencanaan

Definisi komunikasi verbal :

Kemampuan menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

Ekspektasi : Meningkat

Kriteria Hasil :

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Kemampuan berbicara	1	2	3	4	5
Kemampuan mendengar	1	2	3	4	5
Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh	1	2	3	4	5

Kontak mata	1 Meningkat	2 Cukup Meningkat	3 Sedang	4 Cukup Menurun	5 Menurun
Afasia	1	2	3	4	5
Disfasia	1	2	3	4	5
Apraksia	1	2	3	4	5
Disleksia	1	2	3	4	5
Disartria	1	2	3	4	5
Afonia	1	2	3	4	5
Dislalia	1	2	3	4	5
Pelo	1	2	3	4	5
Gagap	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaiik	Membaiik
Respons perilaku	1	2	3	4	5
Pemahaman komunikasi	1	2	3	4	5

Intervensi :

a. Promosi Komunikasi Efektif

Definisi :

Meningkatkan kemampuan komunikasi pasien untuk pengambilan keputusan kesehatan pasien.

Tindakan :

Observasi :

- 1) Identifikasi prioritas metode komunikasi yang digunakan sesuai dengan kemampuan
- 2) Identifikasi sumber pesan secara jelas (siapa seharusnya mengatakan).

Terapeutik

- 1) Fasilitasi mengungkapkan isi pesan dengan jelas
- 2) Fasilitasi penyampaian struktur pesan secara logis
- 3) Dukung pasien dan keluarga menggunakan komunikasi efektif

Edukasi :

- 1) Jelaskan perlunya komunikasi efektif
- 2) Ajarkan memformulasikan pesan dengan tepat

b. Promosi Komunikasi Defisit Bicara

Definisi :

Menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara.

Tindakan :**Observasi :**

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara
- 2) Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologi yang berkaitan dengan bicara (mis, memori, pendengaran dan Bahasa)
- 3) Monitor frustasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara
- 4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi.

Terapeutik :

- 1) Gunakan metode komunikasi alternative (mis, menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer)
- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis, berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahaan sambal menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien).
- 3) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- 4) Ulangi apa yang disampaikan pasien
- 5) Berikan dukungan psikologis
- 6) Gunakan juru bicara, jika perlu

Edukasi :

- 1) Anjurkan berbicara perlahaan
- 2) Anjurkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

Kolaborasi :

- 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

c. Promosi Komunikasi Defisit Pendengaran**Definisi :**

Menggunakan Teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan pendengaran.

Tindakan :

Observasi :

- 1) Periksa kemampuan pendengaran
- 2) Monitor akumulasi serumen berlebihan
- 3) Identifikasi metode komunikasi yang disukai pasien (mis, lisan, tulisan, gerakan bibir, Bahasa isyarat).

Terapeutik :

- 1) Gunakan bahasa sederhana
- 2) Gunakan Bahasa isyarat, jika perlu
- 3) Verifikasi apa yang dikatakan atau ditulis pasien
- 4) Fasilitasi penggunaan alat bantu dengar
- 5) Berhadapan dengan pasien secara langsung selama berkomunikasi
- 6) Pertahankan kontak mata selama berkomunikasi
- 7) Hindari merokok, mengunyah makanan atau permen karet, dan menutup mulut saat berbicara
- 8) Hindari kebisingan saat berkomunikasi
- 9) Hindari berkomunikasi lebih dari 1 meter dari pasien
- 10) Lakukan irigasi telinga, jika perlu
- 11) Pertahankan kebersihan telinga, jika perlu

Edukasi :

- 1) Anjurkan menyampaikan pesan dengan syarat
- 2) Ajarkan cara membersihkan serumen dengan tepat

d. Promosi Komunikasi Defisit Visual

Definisi :

Menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan penglihatan.

Tindakan :

Observasi :

- 1) Periksa kemampuan penglihatan
- 2) Monitor dampak gangguan penglihatan (mis, risiko cedera, depresi, kegelisahan, kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari).

Terapeutik :

- 1) Fasilitasi peningkatan stimulasi indra lainnya (mis, aroma, rasa, tekstur makanan).
- 2) Pastikan kaca mata atau lensa kontak berfungsi dengan baik

- 3) Sediaan pencahayaan cukup
- 4) Berikan bacaan dengan huruf besar
- 5) Hindari penataan letak lingkungan tanpa memberitahu
- 6) Sediakan alat bantu (mis, jam, telepon)
- 7) Fasilitasi membaca surat, surat kabar atau media informasi lainnya
- 8) Gunakan warna terang dan kontras di lingkungan
- 9) Sediakan kaca pembesar, jika perlu

Edukasi :

- 1) Jelaskan lingkungan pada pasien
- 2) Ajarkan keluarga cara membantu pasien berkomunikasi

Kolaborasi :

- 1) Rujuk pasien pada terapis, jika perlu

I. Implementasi

1. Mengembangkan keterampilan sosial.

Jika muncul penanggulangan yang tidak efektif atau interaksi sosial yang tidak seimbang, intervensi perawat harus difokuskan pada membantu klien melakukan hal-hal dibawah ini :

- 1) Mengekspresikan perasaan dan kebutuhan
- 2) Mengembangkan kemampuan bercakap-cakap
- 3) Mengomunikasikan pemikiran dan perasaan dengan jelas (secara verbal maupun non-verbal)
- 4) Menunjukkan ketegasan
- 5) Memecahkan masalah
- 6) Menjebatani pembicaraan dengan rekan sejawat dan staf

2. Mengontrol lingkungan.

Jika lingkungan tidak nyaman atau mengganggu, klien akan mendapat kesulitan dalam berkomunikasi, apapun masalahnya. Perawat dapat mengontrol lingkungan sehingga menjadi kondusif untuk interaksi interpersonal.

Metode pengontrolan lingkungan meliputi hal dibawah ini :

- 1) Mengatur temperature ruangan pada tingkat yang nyaman
- 2) Menghilangkan atau mengurangi suara yang gaduh dalam ruangan
- 3) Membuat klien merasa nyaman

- 4) Meminta pada anggota staf atau keluarga agar tidak memasuki ruangan selama interaksi
- 5) Mengurangi sinar

3. Berkommunikasi Dengan Klien Yang Memiliki Kebutuhan Khusus

Pada saat tertentu, sangat perlu bagi perawat untuk menggunakan teknik komunikasi khusus untuk interaksi perawat-klien yang berhasil. Klien dengan ketidakseimbangan sensori dan motorik, demikian juga anak-anak dan lansia, membutuhkan pendekatan individualisasi dalam komunikasi.

1) Memberikan Metode Komunikasi Alternatif

Klien dengan komunikasi fisik (mis, klien dengan laringektomi atau selang endotrachea) mungkin tidak dapat berbicara atau kejelasan dalam bicaranya sangat buruk sehingga metode komunikasi alternative dibutuhkan.

Teknik dan alat untuk meningkatkan komunikasi:

- a) Papan komunikasi dengan kata-kata, huruf atau gambar yang menunjukkan kebutuhan dasar (toilet, air).
- b) Kertas dan pensil, pena untuk menunjukkan ekspresi kebutuhan atau pikiran.
- c) Penggunaan penerjemah untuk bahasa isyarat atau untuk klien dengan Bahasa Indonesia sebagai bahasa kedua
- d) Melibatkan keluarga dan teman dalam perawatan jika dibutuhkan
- e) Menjaga agar bel pemanggil atau sistem lampu dalam jangkauan
- f) Penggunaan sikap non verbal seperti kedipan mata atau gerakan jari untuk respon ya/tidak.
- g) Menggunakan kata yang dapat dipahami klien, menghindari terminologi medis
- h) Menjaga agar lingkungan tetap tenang dan bebas dari gangguan
- i) Selalu menjadi pendengar yang baik.

2) Berkommunikasi Dengan Anak Kecil

Bayi (0-1 tahun)

- a) Bayi umumnya berkomunikasi hanya secara non-verbal (mis, menangis) karena bayi tidak dapat menggunakan kata-kata.
- b) Bayi merespons tingkah laku non-verbal pemberi perawatan. Mereka akan tenang dengan kontak fisik yang dekat.
- c) Bayi akan mendapatkan kenyamanan dari suara yang lembut meskipun kata-katanya tidak dimengerti
- d) Suara yang keras dan kasar akan membuat bayi ketakutan

- e) Bayi yang agak besar (6 bulan) mengalami kecemasan karena berpisah; karena itu orang tua harus mengawasi ketika bayi digendong oleh orang asing.

Todler (1-3 tahun) atau anak pra sekolah (3-5 tahun)

- a) Anak berkomunikasi secara verbal maupun non-verbal
- b) Anak bersifat egosentris dan hanya memahami hal-hal yang berhubungan dengan dirinya
- c) Anak tidak dapat membedakan fantasi dan kenyataan
- d) Anak memahami analogi hanya secara literal (mis, anak harus diijinkan untuk melakukan eksplorasi pada lingkungan dengan memegang stetoskop).
- e) Anak harus diijinkan menjelajah lingkungan
- f) Anak memahami kalimat yang pendek dan sederhana, kata-kata yang dipahami dan penjelasan yang konkret.

Anak usia sekolah (umur 5-12 tahun)

- a) Anak mencari alasan dan penjelasan atas segala sesuatu namun tidak membutuhkan pengesahan
- b) Anak tertarik dalam aspek fungsional objek dan kegiatan (apa yang akan terjadi, kenapa hal itu terjadi)
- c) Anak memperhatikan integritas tubuh
- d) Anak harus diijinkan untuk memanipulasi perlengkapan (mis, memegang palu perkusi)
- e) Anak memahami penjelasan sederhana dan mendemonstrasikannya
- f) Anak harus diijinkan untuk mengekspresikan rasa takut dan keheranannya.

Remaja (umur 13-18 tahun)

- a) Remaja berpikir dengan lebih abstrak, fluktuasi antara tingkah laku berpikir kekanak-kanakan dan dewasa
- b) Perawat harus menghindari sikap menilai atau menghakimi
- c) Remaja harus diijinkan untuk berbicara mengenai perasaan mereka
- d) Remaja menghindar untuk menjawab
- e) Remaja berkeinginan untuk mendiskusikan apa yang menjadi perhatian dengan orang dewasa selain keluarga
- f) Remaja menggunakan Bahasa mereka sendiri
- g) Penjelasan tentang sudut pandang remaja dan orang tua sangat penting

3) Berkomunikasi Dengan Lansia

Proses komunikasi dengan lansia membutuhkan perhatian khusus. Perawat harus waspada terhadap perubahan fisik, psikologi, emosi dan social yang mempengaruhi pola komunikasi. Perubahan yang berhubungan dengan umur dalam system auditorius dapat mengakibatkan kerusakan pendengaran. Perubahan pada telinga bagian dalam dan tengah menghalangi lansia sehingga tidak toleran terhadap suara keras dan dapat menyebabkan masalah yang berhubungan dengan diskriminasi suara berfrekuensi tinggi dan rendah.

4) Berkomunikasi Dengan Klien Yang Tidak Sadar

Bahkan ketika seseorang tidak sadar atau tidak responsif, mereka masih dapat menerima rangsang. Pendengaran dianggap sebagai sensasi terakhir yang hilang dengan ketidaksadaran dan yang menjadi pertama berfungsi pada waktu sadar. Perawat harus berhati-hati tidak mengatakan sesuatu pada klien yang tidak sadar atau pada jarak pendengaran hal-hal yang tidak akan mereka katakan pada klien yang sepenuhnya sadar. Intervensi keperawatan penting lainnya meliputi berbicara pada klien ketika memberikan perawatan, menjelaskan prosedur, menyediakan informasi orientasi, seperti nama perawat, tempat, tanggal dan hari, serta menghindari percakapan di samping tempat tidur mengenai klien tersebut.

J. Evaluasi Keperawatan

Lakukan evaluasi apakah komunikasi telah secara terapeutik membantu klien dalam meningkatkan komunikasi dan membantu hubungan antara klien-perawat. Perawat mengevaluasi intervensi keperawatan berdasarkan penetapan keberhasilan klien sebelumnya untuk menentukan apakah strategi atau intervensi telah efektif dan apakah perubahan klien dihasilkan karena intervensi.

Komunikasi yang berhasil dievaluasi melalui observasi perawat terhadap interaksi klien. Perawat tidak hanya menetapkan bahwa komunikasi terjadi, tetapi juga meyakinkan apakah klien puas bahwa pesan telah diterima. Perawat membandingkan hasil actual dengan hasil yang diharapkan ketika menentukan keberhasilan atau keefektifan intervensi. Jika hasil yang diharapkan tidak sesuai atau perkembangan yang terjadi tidak memuaskan menurut klien, perawat harus mengkaji ulang dan memodifikasi rencana perawatan.

K. Latihan

1. "Berdasarkan masalah keperawatan yang telah kita tetapkan bersama, selanjutnya saya akan kolaborasikan dengan dokter terkait dengan masalah tersebut, saya sampaikan bahwa salah satu tindakan yang akan dilakukan pada ibu adalah pemasangan infus. Tujuan pemasangan infus ini adalah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu. Untuk saat ini, lambung ibu harus diistirahatkan dulu untuk pemeriksaan selanjutnya. Pemasangan infus ini sifatnya sementara; jika ibu tidak mual atau muntah lagi, maka akan kami lepaskan."

Jenis komunikasi tersebut dilakukan pada tahap :

- A. Pengkajian
- B. Diagnosa keperawatan
- C. Perencanaan
- D. Implementasi
- E. Evaluasi

Jawaban benar : C. Intervensi

2. "Berdasarkan data yang saya peroleh melalui pemeriksaan fisik dan informasi dari ibu terkait dengan keluhan yang menyebabkan ibu masuk rumah sakit, saya menyimpulkan bahwa ibu mengalami gangguan nutrisi karena ada masalah pada proses digesti. Lambung ibu bermasalah, terkait dengan masalah pada lambung ibu, saya akan berkolaborasi dengan dokter untuk pengobatan dan tindakan selanjutnya.

Jenis komunikasi tersebut dilakukan pada tahap :

- A. Pengkajian
- B. Diagnosa keperawatan
- C. Perencanaan
- D. Implementasi
- E. Evaluasi

Jawaban benar : B. Diagnosa Keperawatan

3. Sambil melakukan palpasi perut klien, perawat berkata, "Apakah di daerah sini yang terasa nyeri yang menyebabkan ibu sering merasa mual dan muntah?" "Saya lihat, ibu tampak sangat khawatir dan tertekan dengan kondisi ibu sekarang"

Jenis komunikasi tersebut dilakukan pada fase :

- A. Pengkajian
- B. Diagnosa keperawatan
- C. Perencanaan
- D. Implementasi
- E. Evaluasi

Jawaban Benar : A. Pengkajian

4. "Tadi sudah saya sampaikan bahwa salah satu tindakan yang akan saya lakukan adalah memasang infus. Tujuan pemasangan infus adalah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu. Saat pemasangan, ibu akan merasa sakit sedikit waktu jarum infus dimasukkan ke pembuluh darah. Apakah ibu sudah siap?

Jenis komunikasi tersebut dilakukan pada fase :

- A. Pengkajian
- B. Diagnosa keperawatan
- C. Perencanaan
- D. Implementasi
- E. Evaluasi

Jawaban benar : D. Implementasi

5. Komunikasi terapeutik dapat mengalami hambatan diantaranya karena hal-hal dibawah kecuali :

- A. Pemahaman yang sama
- B. Komunikasi yang terjadi satu arah.
- C. Kepentingan berbeda.
- D. Pemberian jaminan yang tidak mungkin.
- E. Bicara hal-hal yang pribadi.

Jawaban : A. Pemahaman yang sama

L. Rangkuman Materi

Komunikasi efektif adalah proses yang membuat perawat dapat membentuk hubungan kerja dengan klien. Komunikasi yang berhasil membutuhkan kesamaan antara pesan yang dikirimkan oleh pengirim dengan pesan yang diterima oleh pendengar. Kata-kata yang memiliki makna konotatif berbeda dapat mengalami salah interpretasi oleh penerima. Komunikasi verbal yang efektif membutuhkan frase kata-kata yang jelas dan sederhana, penempatan pernyataan yang tepat dan kosakata yang dapat dipahami. Komunikasi berarti perawat membantu klien menyesuaikan diri dengan perubahan yang disebabkan oleh penyakit. Seorang perawat menggunakan kemampuan komunikasi yang selektif ketika berinteraksi dengan klien dan seluruh anggota anggota tim kesehatan. Rasa percaya, perhatian, empati, autonomi dan saling ketergantungan adalah dimensi dasar dari hubungan yang saling membantu antara klien dan perawat. Klien dengan kendala komunikasi fisik mungkin dapat mengekspresikan dirinya dengan lebih efektif dengan alat bantu komunikasi. Klien dengan kemampuan sosial yang tidak efektif akan memperoleh keuntungan dari dorongan dan dukungan positif untuk berpartisipasi dalam interaksi.

M. Daftar Pustaka

- Alligood, Martha Raile. (2014). Nursing theories and their work. United State of America : Elsevier
- Potter, Patricia A. (2015). Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik. Jakarta : EGC
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1 Cetakan II
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Cetakan II
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan Edisi 1 Cetakan II
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Cetakan II

BAB 11

KONSEP DAN PRINSIP KDM MENURUT HENDERSON: MEMPERCAYAI KEIMANAN/KETUHANAN

Novita Dewi, S.Kep., Ns., M.Biomed.

Pendahuluan

Virginia Henderson merupakan salah satu model teori keperawatan. Beliau dilahirkan di Kansas tahun 1897. Ia mengungkapkan pengertian keperawatan memperhatikan keseimbangan fisiologis. Ia mengungkapkan tugas perawat meliputi pengkajian, analisis, observasi dan memberikan dukungan untuk pemulihan dan penyembuhan pasien, sehingga pasien dapat bebas dan mandiri. Ia menjelaskan bahwa manusia tidak satupun sama dalam kebutuhan dasarnya, maka butuh bantuan orang lain (Kusuma and Uyun, 2014). Ia menggolongkan kebutuhan dasar manusia terdapat 14 hal, lalu dikategorikan menjadi 4 hal yaitu sosial, fisik, psikologis serta spiritual

Spiritualitas merupakan kebutuhan dasar pasien dalam memenuhi aspek kehidupannya terutama dalam merawat kesehatan pasien. Pemenuhan kebutuhan ini merupakan salah satu dari 14 macam kebutuhan dasar manusia menurut Henderson. Kebutuhan ini menjadi parameter kesejahteraan individu di samping aspek sosial, psikologis dan fisik serta bebas dari kecacatan dan penyakit. Organisasi kesehatan dunia menyampaikan merupakan kesehatan yang utuh dengan adanya kebutuhan spiritual (World Health Organization n.d.). Organisasi ini memberikan tambahan sehat spiritual. Kebutuhan spiritual dalam pemenuhannya menjadi salah satu terpenuhinya sehat jiwa ketika komunikasi terapeutik berkaitan interaksi pasien dengan perawat dan masyarakat untuk memperoleh optimalisasi derajat kesehatan, tentang perawatan pasien yang terintegrasi dengan layanan kesehatan keperawatan yang memakai bermacam aspek spiritual yaitu fisik dan psikososial (Ristianingsih, Septiwi, and Yuniar 2014).

Spiritual pembentuk kekuatan utuh, memiliki keyakinan mendasar tentang keberadaan pengatur alam semesta. Ia menjadi penyatuan nilai seseorang dengan makna hidup, kepercayaan, persepsi serta korelasi dengan Tuhan, orang lain serta alam semesta. Kebutuhan spiritual bertujuan memaknai tujuan dan arti, *take and*

give bermaafan dengan orang lain, keterikatan, dicintai dan mencintai. Spiritualitas seseorang meningkatkan kesehatan psikologis akan terjadinya suatu permasalahan, termasuk ketika seseorang didiagnosa suatu penyakit kronis. Nilai spiritual yang kurang berakibat munculnya masalah sosial dan psikologis pasien.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Setelah memahami tentang bab 11. Mahasiswa dapat mencapai kompetensi antara lain:

1. Memahami konsep spiritual
2. Memahami kebutuhan spiritual dalam perawatan
3. Memahami konsep askek spiritual
4. Memahami aplikasi kasus askek spiritual

URAIAN MATERI

A. Konsep Spiritual

1. Definisi spiritual

Spiritualitas merupakan pembentukan dari komunitas, dan proses mencari makna hidup melalui pengembangan ritual agama didapatkan dari pengalaman pribadi dalam memaknai diri dalam pencapaian akhir kehidupan, mengenai transenden, makna kehidupan, serta yang menjadi panutan, kemungkinan memimpin seseorang maupun tidak (King and Koenig 2009). Definisi lain mengatakan berjalannya suatu kegiatan bersifat alami penanaman kebaikan menuju keadaan yang paling baik untuk pengembangan ke tingkat berikutnya Florence Nightingale. Keterwakilan seseorang mengenai totalitas eksistensi diri seseorang menjadi support mang gabungkan beberapa aspek individu itulah makna spiritual (Florence Nightingale). Keluasan konsep yakni tujuan dan makna diri manusia berupa kepedulian, cinta, kejujuran, kasing sayang, kebijaksanaan, lebih tinggi atas kualita otoritas, mendampingi spirit merupakan makna spiritualitas keperawatan. Spiritual berasal dari makna spiritus artinya nafas atau hembusan, bermakna hal penting dalam kehidupan (kamus webster 1965). Individu berspirit bagus ketika terdapatnya harapan, *positif thinking* serta optimis, sedangkan individu yang spiritnya hilang menyebabkan sikap pesimis, *negatif thinking* serta putus asa(Roper 2012). Spiritual dan konteks luas berupa individu dan subyektif maknanya beda-beda antar manusia satu dengan lainnya (Vlasblom, 2012, (Mahmoodishan et al. 2010). Hamid (2008) menyatakan keyakinan terhadap keberadaan sang pencipta, hal ini menjadikan seseorang menjadi kuat ketika sakit menyebabkan berpengaruh pada persepsi akibat, terapi serta pilihan orang yang membantu kesembuhan penyakitnya.

2. Domain spiritual berupa:

Menurut Yusuf (2013) menyatakan domain spiritual dibagi menjadi :

a. Mystery.

Mystery adalah pengalaman seseorang dalam hidupnya. Hal ini bagian nilai keagamaan di dirinya yang terus melekat. Keyakinan akan kehidupan yang menjadi penilaian keagamaan seseorang, lalu menjadi penilaian kualitas perilaku selama kehidupan menuju kehidupan di akhirat.

b. Kasih sayang

Kasih sayang adalah kekuatan utama kehidupan, merupakan bahan dasar semangat nilai keagamaan, akibat hati yang memiliki rasa cinta yang menjadi pusat ego manusia. Cinta ibarat suatu spirit, tidak terdefinisikan tempat, waktu, dan situasi dirasakan tersebut dirasakan, namun hal ini adalah pusat energi dalam rangka *healing*. Korelasi *healing* dengan cinta yaitu proses *healing* dan cinta akan melanjutkan beberapa sumber supaya mengeksplorasi hal-hal menakjubkan saat proses *healing*.

c. Harapan

Harapan merupakan hal yang ingin dicapai pada masa mendatang. Harapan adalah sumber kekuatan supaya mengantisipasi peristiwa yang akan terjadi, berbagai usaha supaya lebih baik lagi. Makna spiritualitas ini berasal dari suatu harapan. Harapan adalah korelasi positif antara spiritual, harapan *positif thinking* serta nilai spiritual.

d. Pemaaf

Pemaaf merupakan bagian utama proses healing, jika memaafkan adalah kebutuhan yang sangat dalam serta pengalaman seseorang yang menjadi harapan dilakukan dimasa mendatang. Kondisi dibutuhkan keyakinan yang kuat bahwasanya Allah yang Maha Pengampun adalah sikap sekaligus perilaku yang sangat sulit dikerjakan, apalagi saat kita tersakiti, maka semuanya tetap meninggalkan bekas dihati. Kesadaran diperlukan yaitu siapalah kita, semuanya peristiwa di alam semesta terjadi atas izinNya.

e. Pembentukan kedamaian dan rasa damai

Pembentukan kedamaian dan rasa damai pada beberapa orang tak terpisahkan dengan keadilan yang selalu melekat di diri manusia. Seseorang hidup ketika di lingkungan yang menyembuhkan dan alamiah. Kedamaian tak bergantung dengan lingkungan, kebanyakan manusia awalnya memiliki masa yang kelam dalam kehidupannya.

Kondisi tersebut berasal dari interaksi yang menjadikan seseorang mempertahankan damai dalam kehidupannya. Kehidupan yang damai merupakan perwujudan tingginya spiritual seseorang. Perdamaian merupakan sebuah cita-cita dalam hidup yang indah dan luhur, namun ternyata tetap saja perang tetap ada. Mereka mengusahakan kedamaian, namun memperolehnya melalui menyakiti, merusak serta membunuh

sesama manusia. Timbul pertanyaan kesalahannya ada dimana dalam hidup ini?

f. Doa.

Berdoa adalah perwujudan seseorang akan spiritualitasnya. Doa menjadi insting seseorang yang paling dalam di luar kesadaran tinggi yaitu Allah merupakan Maha Pengatur dalam kehidupan. Berdoa perwujudan pencairan pada komunikasi dan interaksi yang erat dengan Allah. Berdoa merupakan upaya yang keras untuk meminta pertolongan kepada Allah supaya mendapatkan kemudahan, keberkahan, kebaikan, jalan keluar semua kesulitan serta kesehatan (Yusuf et al. 2016).

3. Hal-hal yang berpengaruh pada spiritual

Penelitian menyatakan psikologis manusia berperan penting terhadap faktor genetik dan biologis. Religiusitas dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor genetik dan lingkungan. Pengaruh religiusitas secara lingkungan lebih besar dibandingkan genetik sebanyak 35-81% dan 19-65% (Bradshaw and Ellison 2008). Pengaruh lingkungan bersama juga berperan penting sangat penting selama tahap-tahap awal kehidupan (yaitu, masa kanak-kanak dan remaja), sementara bersifat genetik faktor dan pengaruh sosial non-keluarga menjadi lebih menonjol di masa dewasa dan usia tua (Eaves, L. J., P. K. Hatemi, E. C. Prom-Womley 2008).

Faktor dominan yang mempengaruhi religiusitas adalah genetis-biologis dan sosial. Faktor sosial mempengaruhi religiusitas seperti keluarga, kultur, teman, sosial lain, sekolah, berbagai kelompok agama. Faktor biologis-genetik mempengaruhi kepribadian dengan bentuk yang berbeda-beda, bawaan sifat seseorang jenis kelamin (Rusdi and Lumadi 2021). Faktor biologis berupa pasien dengan penyakit hipertensi. Religiusitas berhubungan dengan hipertensi dengan pendekatan teori Virginia Henderson (WM and Yellisni 2021).

Religiusitas dipengaruhi oleh faktor kesejahteraan sosial dan kesehatan mental. Studi dilakukan pada remaja pesantren. Hasil menunjukkan keeratan hubungannya sebesar 0,3 dan 0,31 (Winurini 2019).

4. Ciri spiritual

Hamid menyatakan ciri-ciri spiritualitas dalam beberapa kategori diantaranya (Hamid, 2008) :

- a. Berhubungan dengan diri sendiri. *self reliance* atau kekuatan dari dalam.

- 1) Pengetahuan diri (dapat melakukan apa saja? Dirinya siapa?) ;
 - 2) Sikap (percaya pada diri sendiri, percaya pada kehidupan/ masa depan, ketenangan pikiran, harmoni/ keselarasan dengan diri sendiri)
- b. Berhubungan dengan alam yang harmonis
- 1) Mengetahui mengenai margasatwa, tanaman, pohon, dan iklim
 - 2) Berkommunikasi dirinya bersama alam (berjalan kaki dan bertanam), alam dilindungi dan diabdikan.
- c. Berhubungan dengan orang lain suportif /harmonis
- 1) Berbagai pengetahuan, waktu, dan sumber melalui hubungan timbal balik.
 - 2) Kedua orang tua.

Jika tidak terjadi harmonis menimbulkan:

- 1) Masalah interaksi berkaitan manusia lain.
- 2) Resolusi berakibat friksi dan ketidakharmonisan.

- d. Berhubungan dengan ketentuan.

Tidak agamis atau agamis :

- 1) Berdoa/ sembahyang/ meditasi
- 2) Perlengkapan spiritual
- 3) Bersatu di dalam alam dengan lebih terinci menurut Patricia Potter dkk, mengungkapkan keagamaan ada berbagai aspek yang relevan terkait penelitian mengenai dimensi keagamaan berupa:
 - a) kepercayaan serta makna hidup.
kepercayaan serta makna berhubungan terkait filosofi kehidupan manusia, perspektif keagamaan serta sudut pandang keagamaan adalah sebagian dari keseluruhan kehidupannya. Sebuah pemahaman mengenai kepercayaan serta makna cerminan sumber keagamaan manusia memudahkannya untuk menyelesaikan masalah yang sulit dan traumatis.
 - b) Ibadat kebiasaan dan Ritual
Ibadat keagamaan serta ritual memberikan seseorang dukungan saat terjadi masa yang sulit. Habit beribadat dan ritual yang berkaitan dengan ketuhanan misalnya dzikir, sholat, istiqosah dan puasa. Ritual agama dilaksanakan dengan teratur karena sebuah kebutuhan bersifat mendesak atau ketika sedang dimasa sulit misalnya ketika akan menjalani ujian nasional. Berdoa, Ibadah, mengucapkan bacaan saat kejadian tertentu misalnya akan ujian diajarkan dalam agama islam, yang disebut dzikir. Kejadian ini

disebutkan dalam alquran mengenai keterikatan hubungan manusia dengan Allah, tertuang dalam ayat 35 Al Maidah yang artinya Hai orang-orang yang beriman, bertakwalah kepada Allah dan carilah jalan yang mendekatkan diri kepadaNya, dan berjihadlah pada jalan-Nya, supaya kamu mendapat keberuntungan (Q.S. al-Maidah/5: 35).

Penjelasan di atas kesepakatan para ahli yaitu aspek di spiritual yaitu interaksi dengan Allah, antar manusia, serta manusia dan lingkungannya. Selain itu, indikator dari dimensi spiritual yang digunakan merupakan teori Mackinly berupa : 1). Shodaqoh, 2) sholat dhuha, 3) mujahadah, dan 4) berdoa.

B. Kebutuhan Spiritual Dalam Perawatan

1. Pemenuhan kebutuhan spiritual

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan guna mengembalikan dan mempertahankan serta menjalankan kewajiban spiritual, dan kebutuhan agar mendapatkan pengampunan, dicintai dan mencintai, berhubungan dengan Allah dengan penuh keyakinan (Hamid, 2008)

Menurut Hodge et al (2011) menyatakan seseorang yang diteguhkan dengan "spirit" yang menyebabkan perubahan penting saat seseorang sedang sakit. Penelitiannya mendapatkan hasil bahwa ada 6 kebutuhan spiritual penderita berupa:

a. Tujuan, harapan hidup dan makna

Adalah kebutuhan supaya memahami kejadian di kehidupan menyeluruh. Penderita memerlukan pengarahan mengenai sakitnya tentang kenapa dirinya sakit, pemberian penjelasan tersebut bertujuan penderita tidak pesimis, *positif thinking*, bersyukur karena Allah menyebabkan ia disibukkan pada kegiatan yang positif, menyebabkan hidupnya lebih berarti. Kebutuhan terhadap tujuan, makna dan harapan berkaitan dengan erat terhadap hubungan dengan penciptanya mengakibatkan kebutuhan ini menjadi penting menyebabkan kekuatan ketika mereka sedang sulit, menyebabkan rasa utuh mengenai tujuan dan makna dan harapan agar kehidupan sekarang, besok dan diakhirat. Penderita menunjukkan perilaku saat berkomunikasi, memohon, menerima takdir Allah, termasuk rencana Allah, yakin bahwa Allah penyembuh

- sakitnya, percaya akan hadirnya Allah ketika dirinya dirawat dari sakitnya dan penderita yakin dengan pengawasan dan pemeliharaan Allah.
- b. Praktek spiritual penderita berkeinginan agar terlibat saat melakukan ibadah secara kontinu. Ritual ibadah penderita dengan Allah mengakibatkan timbul kekuatan agar mampu menghadapi cobaan yang diterima. Tindakan penderita berupa berdoa, kegiatan keagamaan,membaca kitab suci serta tema rohani, mendengar musik rohani, dan bacaan buku keagamaan.
 - c. Kewajiban agama
- Kewajiban ini berkaitan dengan kebiasaan agama penderita contohnya tidak halal dan halalnya suatu makanan, penghormatan pada proses penguburan dan kematian seseorang.
- d. Interaksi interpersonal
- Hubungan yang dijalin manusia tidak hanya dengan Allah, namun memerlukan interaksi bersama sesama manusia, salah satunya dengan golongan ulama. Kebutuhan interaksi ini diantaranya : memohon maaf, berkunjung sesama anggota keluarga, mendapatkan dukungan, mendapat doa dari orang lain, dicintai dan dihargai orang lain.
- e. Interaksi perawat berkaitan perawat dengan tenaga medis lainnya. Penderita sebagaimana fitrahnya menjalin hubungan dengan perawat dan tenaga medis lainnya. Penderita memerlukan dengan tenaga kesehatan yang berekspresi selalu ramah, gestur tubuh dan kata-kata yang bagus, empati, menjelaskan informasi mengenai sakitnya dengan akurat dan lengkap, menghormati, peduli, serta berdiskusi mengenai rencana pengobatannya. Saat melakukan perawatan terhadap penderita, perawat tidak melupakan mengkaji pemenuhan spiritualnya, namun kenyataanya mungkin bermacam alasan perawat enggan melakukan pemenuhan kebutuhan spiritual. Perawat beranggapan kebutuhan spiritual bukan tugasnya, namun pemuka agama lah yang bertanggung jawab (Suratmi, 2011).



2. Peran perawat dalam pemenuhan spiritual

Aplikasi proses keperawatan penderita berdasarkan perspektif pemenuhan kebutuhan spiritual penderita bukanlah sesuatu yang simpel. Kegiatan ini jauh sekali dari hanya melakukan pengkajian ritual dan praktik spiritual penderita. Pemahaman keagamaan penderita perlu dan lalu dengan tepat mengetahui derajat dukungan serta sumber kekuatan yang dibutuhkan. (nanda, 2015). Kesimpulan perawat memiliki peran dalam pemenuhan proses askep seperti mengkaji, mendiagnosa keperawatan merencanakan, mengimplementasikan serta mengevaluasi pemenuhan spiritualitas penderita, perawatan memerlukan komunikasi dengan tim medis, penderita serta organisasi pendidikan/klinis, dan menjalankan etik keperawatan. Perawat berperan diproses keperawatan berkaitan mengenai perawatan spiritual meliputi Baldacchino (2016):

C. Konsep Askep Spiritual

a. Pengkajian

Virginia Henderson membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam komponen berikut :

- 1) Bernapas dengan normal.
- 2) Minum serta makan dengan cukup.
- 3) Eliminasi (Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK)).
- 4) Bergerak serta postur dipertahankan sesuai yang dicapai.
- 5) Istirahat dan tidur.
- 6) Pakaian yang dipilih tepat .
- 7) Suhu tubuh dipertahankan dalam rentang normal melalui penyesuaian pakaian yang dipakai serta lingkungan yang dimodifikasi.

- 8) Penampilan dan kebersihan diri terjaga
- 9) Menghindari dari bahaya lingkungan maupun membahayakan individu lain.
- 10) Kebutuhan, emosi, opini dan emosi diekspresikan ketika berkomunikasi bersama orang lain.
- 11) Beribadah sama dengan kepercayaan dan agama.
- 12) Bekerja untuk modal pembiayaan kebutuhan untuk hidup.
- 13) Berpartisipasi atau bermain berupa rekreasi
- 14) Belajar, memuaskan atau menemukan keingintahuan tentang normalnya perkembangan fasilitas kesehatan yang ada.

b. Diagnosa menurut SDKI

D:0082 distres spiritual

Definisi :

Gangguan pada keyakinan atau sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau tuhan.

Penyebab.

- 1) Menjelang ajal.
- 2) Kondisi penyakit kronis.
- 3) Kematian orang terdekat.
- 4) Perubahan pola hidup.
- 5) Kesepian.
- 6) Pengasingan diri.
- 7) Pengasingan sosial.
- 8) Gangguan sosio-kultural.
- 9) Peningkatan ketergantungan pada orang lain.
- 10) Kejadian hidup yang tidak diharapkan.

Gejala dan Tanda Mayor.

Subjektif.

- 1) Menyatakan hidupnya tidak/kurang bermakna.
- 2) Mengeluh tidak dapat menerima (kurang pasrah).
- 3) Merasa bersalah.
- 4) Merasa terasing.
- 5) Menyatakan telah diabaikan

Objektif.

- 1) Menolak berinteraksi dengan orang terdekat/pemimpin spiritual.
- 2) Tidak mampu berkreativitas (mis. menyanyi, mendengarkan musik, menulis).
- 3) Koping tidak efektif.
- 4) Tidak berminat pada alam/teratur spiritual.

Kondisi Klinis Terkait.

1. Penyakit kronis (mis. rheumatoid, sklerosis multipel).
2. Penyakit terminal (mis. kanker).
3. Retardasi mental.
4. Kehilangan bagian tubuh.
5. Sudden infant death syndrome (SIDS).
6. Kelahiran mati, kematian janin, keguguran.
7. Kemandulan.
8. Gangguan psikiatrik.

c. Perencanaan

L.09091 status spiritual

Definisi:

Keyakinan atau sistem nilai berupa kemampuan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan.

Ekspektasi : Membaik.

Kriteria Hasil:

- Verbalisasi makna dan tujuan hidup
- Verbalisasi kepuasan terhadap makna hidup
- Verbalisasi perasaan keberdayaan
- Verbalisasi perasaan tenang
- Verbalisasi penerimaan
- Verbalisasi percaya pada orang lain
- Perilaku marah pada Tuhan
- Verbalisasi perasaan bersalah
- Verbalisasi perasaan asing
- Verbalisasi perasaan diabaikan
- Verbalisasi perasaan menyalahkan diri sendiri
- Mimpi buruk
- Perasaan takut
- Penghindaran aktivitas BS, tempat, orang terkait trauma

- Kewaspadaan berlebihan
- Perilaku merusak diri
- Kemampuan beribadah
- Interaksi dengan orang terdekat/pemimpin spiritual
- Kopling
- Memori
- Interpretasi realitas

d. Intervensi

1.09276 Dukungan spiritual

Definisi : Memfasilitasi peningkatan perasaan seimbang dan terhubung dengan kekuatan yang lebih besar.

Dukungan perkembangan Spiritual

Observasi

- Identifikasi perasaan kuatir, kesepian dan ketidak berdayaan
- Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dengan kesehatan
- Identifikasi harapan dan kekuatan pasien
- Identifikasi ketaatan beragama

Terapeutik:

- Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang kematian dan penyakit
- Berikan kesempatan mengekspresikan dan meredakan marah secara tepat
- Yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa ketidakberdayaan
- Sediakan privacy dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual
- Diskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup jika perlu
- Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah
- Edukasi
- Anjurkan berinteraksi dengan keluarga teman dan atau orang lain
- Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung/keagamaan
- Ajarkan metode relaksasi, imajinasi terbimbing dan meditasi

2. Aplikasi teori Virginia Henderson pada asuhan keperawatan

- a. Penerapan teori Virginia Henderson pada pasien Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) (Febriyanti, Choliq, and Mukti 2021) (Borsalino and Malikal Balqis 2024).

Pendahuluan

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) suatu masalah di tubuh mengakibatkan kekambuhan refluks di esofagus serta menyebabkan muncul rasa regurgitasi, hearburn, ordinofagia serta hearburn (Kuswono, Yurizali, and Akbar 2021). Kejadian di Amerika bagian Utara Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) sebesar 18,1 hingga 27,8% (Clarrett and Hachem 2018), di negara Barat sebesar 5,6 juta/tahun berkunjung ke dokter, 10-20% orang dewasa serta 5% di Asia orang dewasa GERD / minggunya (Young, Kumar, and Thota 2020). GERD disebabkan merokok, usia tua, kurang tidur, tidak sehat gaya hidup, serta aktivitas fisik yang kurang (Clarrett and Hachem 2018).

Metode Penelitian

Pendekatan studi literatur 2 kasus GERD,

Kasus 1 : Tn. J, berusia 51 tahun, beragama islam, sudah menikah, bekerja, GERD disebabkan bekerja dan di malam hari sering keluar. Pekerjaan pijat dilakukan, saat itu tidak terjadi GERD, tetapi muncul nyeri di lambung, keluarga menganjurkan air gula untuk terapinya. Penderita hanya konsumsi sayur dan air gula saja, namun bertambah parah kemudian berobat di rumah sakit Hafidz. Hasil pemeriksaan RS bahwa ada kenaikan gula darah terjadi GERD. Penderita beradaptasi minum berobat rutin obat lansoprazole serta vitamin kunyit agar penyakitnya sembuh.

Kasus 2 : Ny. S, berusia 60 tahun, beragama islam. Penderita menderita GERD karena tidak sehat pola hidupnya, sulit makan serta minum air putihnya jarang. Saat kambuh sakitnya, ia demam dan pingsan. Pasien berobat di RS oleh keluarga, penderita dipulangkan dengan kondisi geraknya sudah, lemas, serta bingung seminggu setelah dari RS,1). Keluhan utama serta riwayat kesehatan sekarang : penderita menyatakan nyeri lambung, demam, bergeraknya susma serta lemas. 2). Riwayat kesehatan terdahulu. Penderita tidak mengalami sakit sebelumnya 3). Riwayat kesehatan keluarga. Pasien Ny.S menyatakan memiliki asma serta agar pasien Tn,J mengatakan keluarga tidak menderita sakit apapun.

Pengkajian dilakukan berdasarkan teori Virginia Henderson dengan fokus menumbuhkan kenyamanan pada pasien serta keluarga. Hasil kajian tersebut ada pada tabel 1 (Ramadhan, Waluyo 2022).

Tabel 11.1 Pengkajian Menurut Virginia Henderson

No	Jenis pengkajian Virginia Henderson	Hasil pengkajian
1	Bernapas normal	Pasien menyatakan tidak ada masalah, bisa bernafas secara normal.
2	Makan dan minum Pasien	Pasien berkata ketika kambuh GERDnya tersa mual, tetapi setelah periksa serta berobat ia tidak mual, minum dan makannya normal.
3	Eliminasi	Pasien menyatakan tidak masalah, buang air besar dan kecilnya tidak terasa nyeri.
4	Bergerak dan mempertahankan postur tubuh	Pasien menyatakan saat kambuh, dan sulit bergerak.
5	Istirahat dan tidur	Pasien menyatakan sulit tidur dan tidak merasa nyaman, karena nyeri lambung
6	berpakaian	Pasien menyatakan masih dapat berpakaian sendiri
7	Modifikasi lingkungan	Pasien mengatakan keperluan pasien semuanya didekatkan tempat tidur pasien.
8	Proteksi dan kebersihan diri	Pasien Tidak terdapat luka, pengobatan berjalan lancar
9	Rasa aman dan nyaman	Pasien menyatakan ketika berobat sudah tidak terdapat nyeri lambung.
10	berkomunikasi	Pasien memakai bahasa indonesia dalam kesehariannya
11	Spiritual	Pasien rajin berdoa agar sembuh, beragama islam
12	Rekreasi	Pasien menyatakan percaya usaha dan berobat akan berhasil menyembuhkannya
13	Layanan kesehatan	Ada BPJS saat berobat, keluarga mengatakannya,
14	Aktualisasi	Pasien berkata keinginan untuk sembuh supaya bisa bekerja dan memberi nafkah keluarganya.

2. Diagnosa Keperawatan didapatkan kasus Ny. S dan Tn. J terdapat masalah keperawatan berupa ketidaknyamanan yaitu di lambungnya, bergerak tidak mampu,tidur tidak nyaman, saat makan dan minum terasa mual. Rencana keperawatan mengajarkan cara mengatasi nyeri, mendampingi dan membantu ketika bergerak, menganjurkan minum dan makan yang tidak menyebabkan mual.

3. Implementasi keperawatan

Semua rencana keperawatan berjalan baik dan tidak terdapat kendala. Pelaksanaan asuhan keperawatan didukung banyak hal salah satunya motivasi pasien agar pulih dari GERDnya serta keinginan tentang perbaikan penyakitnya.

4. Evaluasi Keperawatan

Pasien secara mandiri mampu mengontrol dan memanajemen nyerinya. Intervensi dan implementasi semua dilakukan, dan berhasil mendapatkan sesuai tujuan dan kriteria hasil yang ditargetkan. Gangguan ketidaknyamanan sudah hilang.

Pembahasan

Virginia Henderson mengatakan definisi keperawatan dilihat dan dipengaruhi berdasarkan pendidikannya. Menurutnya perawat bertugas unik membantu seseorang saat sehat, sakit melalui bermacam kegiatan agar mendukung kesembuhan dan kesehatan seseorang maupun proses kematian secara damai. Kemandirian pasien tergantung pada kekuatan, kemampuan, kemauan, serta kognisi mengenai apa yang ia rasakan. Virginia Henderson mengenalkan model "*The Activities of Living*" yang bermakna perawat bertugas membantu seseorang dalam mempercepat peningkatan kemandiriannya. Ketika sakit seseorang terjadi kekuatan fisik yang menurun, kemauan, kemampuan di diri pasien. Kemudian fase ini, secara bertahap mendapatkan kemandiriannya, meskipun relatif akibat sifat manusia sebagai makhluk sosial. Peran perawat saat kondisi ini membantu pasien mewujudkan kemandiriannya dengan menerapkan 14 KDM yang dicetuskan Virginina Henderson (Sari and Handayani 2021). Studi kasus Ny S dan Tn,J setelah dilakukan pengkajian didapatkan dengan anamnesa pada keluarga dan pasien, penulis mendapatkan sedikit masalah, ketika bertanya identitas pasien bersikap baik dan kooperatif. Penerapan teori Virginia Henderson, terdapat kerjasama antara perawat dan pasien dalam rangka pemenuhan kemandirian pasien. Pasien tidak bergantung dengan perawat dengan adanya penerapan teori ini.

Penderita GERD ketika menderita ketidakmampuan serat ketidak ampuan, perawat membantunya, maka ia mengalami perubahan dalam dirinya. Kesimpulan teori Virginia Henderson penting dalam penerapan asuhan keperawatan dalam rangka peningkatan kenyamanan dan kesehatan penderita GERD supaya memenuhi kebutuhan dasar manusia sejumlah 14 jenis.

Tabel 11.2 Asuhan keperawatan dengan pendekatan aplikasi teori Virginia Henderson

No	Pengkajian			Diagnosa kep	implementasi	Implementasi/	evaluasi
1	1	Bernapas normal	Pasien menyatakan tidak ada masalah, bisa bernafas secara normal.	didapatkan kasus Ny. S dan Tn. J terdapat masalah keperawatan berupa ketidaknyamanan yaitu di lambungnya, bergerak tidak mampu, tidur tidak nyaman, saat makan dan minum terasa mual. Rencana keperawatan mengajarkan cara mengatasi nyeri, mendampingi dan membantu ketika bergerak, menganjurkan minum dan makan yang tidak menyebabkan mual.	Semua rencana keperawatan berjalan baik dan tidak terdapat kendala. Pelaksanaan asuhan keperawatan didukung banyak hal salah satunya motivasi pasien agar pulih dari GERDnya serta keinginan tentang perbaikan penyakitnya.	Pasien secara mandiri mampu mengontrol dan memanajemen nyerinya. Intervensi dan implementasi semua dilakukan, dan berhasil mendapatkan sesuai tujuan dan kriteria hasil yang ditargetkan. Gangguan ketidaknyamanan sudah hilang.	Pasien mampu melakukan manajemen dan mengontrol nyeri secara mandiri. Semua intervensi dan implementasi yang sudah dilakukan dan sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan, pada masalah ketidaknyamanan pasien sudah tidak lagi dirasakan.
	2	Makan dan minum Pasien	Pasien berkata ketika kambuh GERDnya tersa mual, tetapi setelah periksa serta berobat ia tidak mual, minum dan makannya normal.				Pembahasan
	3	Eliminasi	Pasien menyatakan tidak masalah, buang air besar dan kecilnya tidak terasa nyeri.				
	4	Bergerak dan mempertahankan postur tubuh	Pasien menyatakan saat kambuh, dan sulit bergerak.				
	5	Istirahat dan tidur	Pasien menyatakan sulit tidur dan tidak merasa nyaman,				

		karena nyeri lambung				
6	berpakaian	Pasien menyatakan masih dapat berpakaian sendiri				
7	Modifikasi lingkungan	Pasien mengatakan keperluan pasien semuanya didekatkan tempat tidur pasien.				
8	Proteksi dan kebersihan diri	Pasien Tidak terdapat luka, pengobatan berjalan lancar				
9	Rasa aman dan nyaman	Pasien menyatakan ketika berobat sudah tidak terdapat nyeri lambung.				
10	berkomunikasi	Pasien memakai bahasa indonesia dalam keseharian nya				
11	Spiritual	Pasien rajin berdoa agar sembuh, beragama islam				

	1 2	Rekreasi	Pasien menyatakan percaya usaha dan berobat akan berhasil menyembuhkannya				
	1 3	Layanan kesehatan	Ada BPJS saat berobat, keluarga mengatakan annya,				
	1 4	Aktualisasi	Pasien berkata keinginan untuk sembuh supaya bisa bekerja dan memberi nafkah keluarganya.				
2	1. Biologi. 1. Kebutuhan bernapas dengan normal : Pasien 1=24x/mt dan Pasien 2 =RR: 30 x/mt. Pasien 1 merasa sesak serta sesaknya berkurang saat posisi duduk Pasien 2 mengeluh sangat sesak ketika tiduran serta saat duduk berkurang. Pasien terlihat sesak saat tiduran, terlihat terdapat otot bantu pernafasan, ronchi, inspirasi > panjang, ekspirasi menurun. 2. Psikologis : komunikasi keduanya baik serta kooperatif, memakai bahasa			1. Mengajarkan batuk efektif. 2. Monitor retensi sputum, 3. Observasi kedalaman irama serta upaya bernapas. 4. Memposisikan semi fowler.	1. Berkommunikasi ketika melakukan kegiatan dan tindakan. 2. Pendidikan kesehatan serta asuhan keperawatan secara langsung. 3. Memotivasi psikososial, spiritual pada klien	subyektif tidak mengeluh sesak. Observasi: tidak ada ronchi, tidak ada nafas cuping hidung, penggunaan otot bantu napas, asesmen: masalah pola nafas teratasi. Klien 2 masih ada sesak, tidak terdapat ronchi, nafas cuping hidung	

	<p>daerah saat interaksi dengan lingkungan, orang lain dan keluarga. Ekspresi pasien sama yang dikatakan, meringis ketika merasa nyeri. Pasien rutin pengobatan (TB dg mengambil obat saat kontrol).</p> <p>3. Sosiologi. Klien 1 keseharian di rumah, umumnya berkebun dan pekerjaan yang ringan. klien 2 berkebun, seorang petani, olahraga jarang, karena berangkat pagi serta pulang malam.</p> <p>4. Spiritual. kajian kepercayaan agama dan ibadah didapatkan : keduanya sholat lima waktu, menghadiri khutbah jum'at. Keduanya menerima kondisi sakitnya, beranggapan sebagai cobaan dari Allah.</p>		<p>5. Lakukan fisioterapi dada.</p> <p>6. jelaskan prosedur SOP batuk efektif, auskultasi paru,</p> <p>7. Evaluasi kemampuan batuk efektif mandiri dengan pendampingan keluarga.</p>	<p>serta keluarga. Pasien 1 dilakukan implementasi dalam 3 hari</p>	<p>serta otot bantu pernafasan, RR 24 x/mnt. masalah pemenuhan bernapas dengan normal teratasi. .</p>
3	<p>1. Biologi. Pengkajian biologis Tn. Y berusia 65 tahun, laki-laki, alamat di Kel. Lubuk Kupang. Klien merasakan sakit kepala sejak 3 hari sebelum ke poli umum, penyebab (P): tekanan darah meningkat, kualitas (Q):terasa tegang, kaku-kaku, terasa tegang, lokasi (R): kepala belakang menjalar ke tengkuk skala (S) : sedang/6, waktu (T): hilang timbul. Klien mengatakan nyeri, serta tidak bisa cara menangani nyeri. Klien jarang berobat ke puskesmas saat merasa gejala hipertensi, klien</p>	<p>ketidakmampuan Pemenuhan Kebutuhan Belajar mengendalikan tekanan darah. (Dewantara and Handayani 2023)</p>	<p>evaluasi tekanan darah, anjurkan klien dan keluarga untuk mengontrol pola makan rendah lemak dan rendah garam, jelaskan pada klien tentang terapi non farmakologi senam hipertensi, bimbing klien untuk</p>	<p>mengevaluasi tekanan darah, menganjurkan klien dan keluarga untuk mengontrol pola makan rendah lemak dan rendah garam, menjelaskan pada klien tentang terapi non farmakologi senam hipertensi , membimbing</p>	<p>Tn. Y dan Tn. M dengan diagnosa hipertensi pada kunjungan pertama yaitu mengatakan merasa sakit kepala sejak 3 hari sebelum datang ke poli umum serta merasa pusing , tengkuk terasa berat sejak 1 minggu sebelum</p>

	<p>nampak memegang kuduk. Pemeriksaan fisik didapatkan data TD : 160/100 mmHg, N : 88x/m, RR : 22 x/m, T : 36,50C. Sedangkan Tn. M berusia 67 tahun, jenis kelamin laki-laki, beralamat di Jalan air Temam. Klien mengatakan keluhan pusing, tengkuk terasa berat sejak 1 minggu sebelum datang ke poli lansia, penyebab (P): peningkatan tekanan darah, kualitas (Q): tengkuk terasa berat, lokasi (R) : kepala sampai tengkuk. skala (S) : 5/sedang, waktu (T): hilang timbul. Pemeriksaan fisik didapatkan data TD : 170/100 mmHg, HR : 78, RR : 22x/m, T : 37,00c. Kedua pasien dengan penyakit hipertensi.</p> <p>2. Psikologis klien berkomunikasi dengan baik Cukup kooperatif. Dalam Berkomunikasi, Kedua klien cukup kooperatif dan menggunakan bahasa daerah ketika berkomunikasi dengan keluarga, dan orang sekitar lingkungan. klien berekspresi sesuai dengan keadaan yang diceritakannya, ketika ia mengeluh nyeri ekspresi klien meringis. Kadang klien berobat ke puskesmas atau bidan jika sudah merasakan gejala tekanan darah tinggi.</p> <p>3. Sosiologi Tn. M Sehari-hari klien hanya di rumah saja. Umumnya kegiatannya</p>	<p>mengakukan senam hipertensi untuk menurunkan tekanan darah, evaluasi perasaan klien, dan evaluasi TTV.</p>	<p>klien untuk melakukan senam hipertensi untuk menurunkan tekanan darah, evaluasi perasaan klien, dan mengevaluasi TTV. Implementasi dilakukan selama 5 hari.</p>	<p>datang ke poli lansia, penyebab (P): peningkatan tekanan darah, kualitas (Q): kaku- kaku, terasa tegang, lokasi (R) : kepala bagian belakang menjalar sampai tengkuk. skala (S) : 6/sedang, waktu (T) : hilang timbul. Klien mengatakan tidak nyaman dan tidak tau cara mengatasi nyeri. Kadang klien berobat ke puskesmas jika merasakan gejala hipertensi, klien nampak memegang kuduk. Format nursing assessment sebagai instrumen disusun berdasarkan teori Henderson. Setelah dilakukan senam hipertensi selama 5 kali</p>
--	---	---	--	--

	<p>adalah melakukan pekerjaan ringan di rumah atau berkebun di halaman. Tn Y Sehari-hari klien bekerja sebagai buruh di pasar. Klien jarang olahraga karena sering berangkat pagi-pagi sekali dan pulang malam. Jadi jarang sempat berolahraga.</p> <p>4. Spiritual Berdasarkan data hasil pengkajian tentang Kepercayaan Agama dan Ibadah. Kedua klien sholat 5 waktu dan mendengarkan ceramah agama Ketika sholat jumat. Klien menerima dengan kondisi sakitnya sekarang, klien menganggap sakitnya ini adalah normal di usianya yang Sudah tua.</p>			tindakan dilakukan setiap kali tindakan 10-15 menit respon yang didapatkan yaitu klien mengatakan badan lebih rileks, kaku kuduk berkurang, Klien dan keluarga sudah paham untuk melakukan senam hipertensi serta klien akan melakukan senam secara mandiri atau dengan didampingi keluarga. Menurut hasil studi kasus penerapan senam hipertensi diperoleh hasil adanya penurunan tekanan darah yang dilakukan pada dua responden, dari yang sebelumnya 160/90 mmHg menjadi 148/86 mmHg dan 150/100
--	--	--	--	--

					mmHg menjadi 140/80 mmHg. Berdasarkan kedua kasus diperoleh tekanan darah mengalami penurunan
--	--	--	--	--	---

3. Aplikasi kasus kebutuhan spiritual

- a. Terapi spiritual berupa dukungan spiritual pada gangguan pemenuhan kebutuhan kenyamanan (kecemasan) pada pasien pra operasi (Prawiro, Handayani, and Widada 2023).

Pendahuluan

Pra operasi adalah keadaan pasien sebelum masuk meja pembedahan di ruang operasi diawali dengan dijadwalkan tahapan persiapan sampai siap dioperasi. Terapi spiritual berupa dukungan spiritual pada gangguan pemenuhan kebutuhan kenyamanan (kecemasan) pada pasien pra operasi (Prawiro et al. 2023).

Kondisi ini direspon secara individual, maka berbeda antar orang, ada (Kurul, Aydin, and Sen 2023) yang biasa saja, bahkan ada yang langsung muncul masalah baru (Sandra 2018). Efek adanya operasi merupakan pencetus secara potensial serta aktual terjadinya stres psikologis maupun fisik (Palamba and Marna 2020).

Pemecahan masalah

Pasien pra operasi mengalami kecemasan. Perawat disamping pasien melakukan terapi dukungan spiritual. Kecemasan pasien menurun sehingga operasi dapat dilakukan sesuai rencana.

Definisi Operasional

Dukungan spiritual yaitu dukungan spiritual dengan menggunakan teori keperawatan Leininger Transcultural Nursing. Teori ini membantu perawat untuk memahami dan menghormati keragaman yang sering kali ada dalam perawatan pasien (Pekcan, Tuncali, and Erol 2023). Pengetahuan tentang budaya pasien membantu perawat untuk berpikiran terbuka

terhadap perawatan pasien, seperti terapi berbasis spiritual seperti berdoa kepada Tuhan-Nya. Melalui teori Leininger ini membantu perawat untuk mengamati bagaimana latar belakang budaya pasien dikaitkan dengan kesehatannya, dan menggunakan pengetahuan itu untuk membantu rencana keperawatan yang akan membantu pasien menjadi sehat dengan cepat sambil tetap peka terhadap budaya atau keyakinan pasien (Gao et al. 2021).

Metodologi dan instrumen

Desain penelitian penelitian kuantitatif, jenis metode pra eksperimen dengan pendekatan *pre test post test one group* populasi 138 sampelnya 30 orang.Teknik sampling quota sampling. Analisis data menggunakan Uji Wilcoxon. Instrumen berupa SOP (Standar Operasional Prosedur) dukungan spiritual serta kuesioner STAI (*Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*).

Hasil dan Pembahasan Kesimpulan

Tingkat kecemasan pada responden pasien pra operasi di ruang bedah Rumah Sakit Daerah Balung sebelum diberikan dukungan spiritual sebagian besar dalam kategori panik sebanyak 17 orang dengan persentase 56,7% . Sedangkan tingkat kecemasan pada pasien pra operasi di ruang bedah Rumah Sakit Daerah Balung sesudah diberikannya dukungan spiritual (*spiritual support*) hampir seluruhnya mengalami cemas sedang (86,7%). Hasil yang didapat ini $<0,001$, yang dimana telah di uji menggunakan uji statistik Uji Wilcoxon bila *p value* $<0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh dukungan spiritual terhadap tingkat kecemasan pada pasien pra operasi di ruang bedah Rumah Sakit Daerah Balung.

Lampiran

Tabel 11.3 Berbagai Terapi Spiritual

Judul Jurnal, Penulis	Metodologi	Hasil
Pengaruh terapi relaksasi benson terhadap penurunan perilaku kekerasan dengan instrumen panss-ec pada pasien dengan perilaku kekerasan di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur, (Tri Marlena Saputri 2024)	Desain pretest-postest, populasi 141 orang, sampel 20 orang, instrumen PANSS-EC, uji wilcoxon	Ada pengaruh relaksasi benson terhadap penurunan perilaku kekerasan dengan uji wilcoxon nilai <i>asymph.sig. (2-tailed)</i> yaitu 0,000 perilaku kekerasan sebelum intervensi sebanyak 26 pasien mengalami agitasi akut dengan persentase 86,7%, setelah intervensi jumlah pasien mengalami agitasi akut menurun, sehingga hanya 3 orang yang mengalami agitasi akut dengan persentase 10%.
Terapi spiritual berupa dukungan spiritual pada gangguan pemenuhan kebutuhan kenyamanan (kecemasan) pada pasien pra operasi (Prawiro et al. 2023).	Desain pra eksperimen dengan pendekatan <i>pre test post test one group</i> populasi 138 sampelnya 30 orang.teknik sampling quota sampling. analisis data menggunakan uji wilcoxon. instrumen berupa sop (standar operasional prosedur) dukungan spiritual serta kuesioner stai (<i>spielberger state-trait anxiety inventory</i>).	Tingkat kecemasan sebelum diberikan dukungan spiritual sebagian besar dalam kategori panik sebanyak 17 orang dengan persentase 56,7%. setelah perlakukan : hampir seluruhnya mengalami cemas sedang (86,7%). uji wilcoxon <i>p value</i> <0,001 bahwa ada pengaruh dukungan spiritual terhadap tingkat kecemasan pada pasien pra operasi di ruang bedah rumah sakit daerah Balung.
<i>Dhikr therapy and deep breathing relaxation techniques as anxiety therapy in patients with post-pulmonary tuberculosis treatment, (Yuniartika, Janah, and Nugroho 2023)</i>	Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan desain <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> with <i>control group design</i> yang sampel berjumlah 60 responden. kriteria inklusi : pasien pasca pengobatan tuberkulosis, menderita kecemasan sedang dan ringan, beragama islam, usia >60 tahun, tidak menderita komplikasi, dan tidak mendapat terapi obat kecemasan.	Rata-rata kelompok intervensi adalah 32,20, dan <i>post-test</i> adalah 17,30, dengan <i>p-value</i> adalah 0,001. <i>pre-test</i> kelompok kontrol memperoleh rerata 37,77 dan <i>post-test</i> 24,73, dengan <i>p-value</i> 0,005. t

Pengaruh <i>spiritual emotional freedom technique</i> (seft) terhadap kecemasan, saturasi oksigen dan kualitas tidur pasien penyakit paru obstruktif kronik (Alwan Revai, 2018)	Penelitian ini menggunakan metode "quasy experimental" dengan rancangan penelitian <i>non-randomized pretest-posttest control group design</i> . populasi penelitian adalah pasien ppok di Poli Paru RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso (kelompok perlakuan) dan Poli Paru Rs Bhayangkara Bondowoso (kelompok kontrol). pengambilan sampel dilakukan dengan teknik <i>simple random sampling</i>	Terapi seft memberikan pengaruh terhadap penurunan kecemasan dan peningkatan kualitas tidur pasien PPOK.
<i>The effect of dhikr therapy on the cardiac chest pain of acute coronary syndrome (acs) patients .</i> (Pangestika, Trisyani, and Nuraeni 2020)	Penelitian eksperimen semu desain kelompok kontrol <i>pretest-posttest</i> . sebanyak 52 pasien ska direkrut menggunakan teknik pengambilan sampel konsekutif dan masing-masing 26 orang kelompok intervensi dan kontrol. Intervensi terapi farmakologis dan dzikir selama kurang lebih 17 menit, sedangkan kelompok kontrol hanya menerima terapi farmakologis berdasarkan protokol rumah sakit instrumen nyeri memakai <i>Numeric Pain Rating Scale</i> (NPRS) dan uji t berpasangan untuk analisis	Adanya penurunan nyeri pada kedua grup, mendapatkan hasil $p\ value=0,000$ ($p < a$ ($a=0,05$)) dan adanya perbedaan penurunan nyeri pada kelompok intervensi lebih tinggi daripada kelompok kontrol $p\ value=0,021$. kombinasi pemberian farmakologi dan terapi dzikir memberikan perbedaan yang signifikan terhadap penurunan nyeri penelitian
Pengaruh terapi meditasi pernapasan terhadap tingkat stress penderita kekambuhan gastritis pada dewasa awal di lingkungan RW 001 Ragamukti Tarjurhalang Bogor tahun 2023 (Eka et al. 2024)	Penelitian kuantitatif pre eksperimental dengan <i>designs one group pretest-posttest</i> . sampel terdiri dari 15 dewasa awal penderita kekambuhan gastritis di lingkungan RW 001 tajurhalang bogor yang dipilih dengan menggunakan teknik <i>purposive sampling</i> dengan menggunakan kuesioner angket dengan skala ukur likert. penelitian ini menggunakan uji <i>wilcoxon</i>	Hasil uji dari penelitian ini sebagian besar responden mengalami penurunan tingkat stres terbukti dengan adanya persentase pada rentang stress ringan sebanyak 9 orang (60,0%), sedangkan responden yang mengalami tingkat stress sedang sebanyak 6 orang (40,0%) dengan Nilai rata-rata (<i>mean</i>) tingkat stress sesudah mendapatkan terapi meditasi pernapasan sebanyak 8,47, menunjukkan bahwa nilai $\rho\ value = <,001$ dimana nilai ρ

	<i>signed rank</i> dengan nilai signifikan $\alpha=(< 0,05)$.	<i>value</i> kurang dari 0,05 maknanya terdapat pengaruh pemberian terapi meditasi pernapasan terhadap tingkat stress penderita kekambuhan gastritis pada dewasa awal di lingkungan RW 001 Tajurhalang Bogor 2022
Pengaruh terapi dzikir terhadap tekanan darah dan kualitas hidup pada lansia hipertensi (agustin, hartoyo., and saftarina 2024)	Penelitian kuantitatif desain quasi eksperimen <i>non-equivalent control group design</i> . Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Wana Kecamatan Melinting Lampung Timur. Populasi seluruh lansia dengan hipertensi sebanyak 171 orang. teknik pengambilan sampel <i>purposive sampling</i> . Analisis data menggunakan univariat dan bivariat dengan uji <i>t dependen</i> .	Ada perbedaan tekanan darah dan kualitas hidup antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi pada lansia dengan hipertensi.
Pengaruh terapi muottal al-qur'an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi <i>sectio caesaria</i> (lastaro, Beni, Indri Heri Susanti 2024)	Penelitian menggunakan metode kuantitatif pre eksperimen dengan desain penelitian <i>one group pretest-posttest</i> , dengan sampel populasi 39 responden yang akan melakukan pre operasi <i>sectio caesaria</i> dengan cara <i>consecutive sampling</i> .	Ada pengaruh pemberian terapi muottal al-qur'an pada pasien pre operasi <i>sectio caesaria</i> dalam menurunkan tingkat kecemasan dibuktikan dengan hasil uji statistic <i>wilcoxon</i> didapatkan nilai <i>p value</i> $0.000<0.05$

D. Latihan

Setelah memahami tentang materi diatas pembaca dianjurkan mengerjakan latihan soal dibawah ini

1. Essay

- 1) Jelaskan pengkajian keperawatan menurut Virginia Henderson.
- 2) Jelaskan pengertian spiritualitas
- 3) Jelaskan dimensi spiritualitas
- 4) Jelaskan diagnosa keperawatan gangguan spiritualitas
- 5) Jelaskan intervensi dari spiritualitas

2. Multiple choice

Pilihkan salah satu jawaban dibawah dengan ketentuan

A; jika benar pernyataan 1,2,3

B; jika benar pernyataan 1,3

C; jika benar pernyataan 2,4

D; jika benar pernyataan 4

E; jika semua pernyataan benar dan salah

- 1) Berikut pernyataan yang benar mengenai kebutuhan spiritualitas sesuai teori Virginia Henderson
 1. Makan dan minum yang cukup
 2. Berekreasi
 3. Berkommunikasi
 4. Berpakaian
- 2) Berikut pernyataan yang benar tentang faktor yang berkaitan dengan spiritualitas
 1. Budaya
 2. Genetik
 3. Keluarga
 4. Sekolah
- 3) Berikut pernyataan yang benar dengan data mayor disfungsi spiritualitas
 1. Mengatakan kehidupannya kurang bermakna.
 2. Mengeluh kurang pasrah
 3. Merasa bersalah.
 4. Merasa terasing

3. Aplikasi kasus

Seorang laki-laki usia 45 tahun datang ke rumah sakit mengeluh nyeri pada kaki kanan sudah sejak 6 tahun yang lalu, ia merasa hidupnya tak berarti, putus asa pengobatan tidak sembuh-sembuh, hasil pengkajian

didapatkan skala nyeri 5, derajat luka 3, tidak tampak menjalankan sholat 5 waktu. Apakah diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Nyeri akut
- B. Nyeri kronis
- C. Resiko infeksi
- D. Distres spiritual
- E. Kerusakan integritas kulit

Berdasarkan kasus tersebut intervensi keperawatannya

E. Rangkuman Materi

Setelah membaca tema konsep dan prinsip KDM menurut Henderson mempercayai keimanan/ketuhanan maka dapat dirangkum sebagai berikut:

Spiritualitas merupakan keyakinan seseorang mengenai makna hidupnya. Faktor yang mempengaruhi spiritualitas berupa genetik, lingkungan, sosial budaya, teman, sekolah, kelompok keagamaan, dan lainnya. Dimensi spiritualitas meliputi. Asuhan keperawatan menurut Henderson tentang mempercayai keimanan/ketuhanan meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan berupa distres spiritual, rencana keperawatan berupa indikator status spiritual, implementasi utama dukungan spiritual, intervensi dan evaluasi. Aplikasi terapi spiritual berupa dukungan spiritual terhadap tingkat kecemasan pre operasi, didapatkan penurunan kecemasan secara signifikan.

F. Daftar Pustaka

- Angelo Gonzalo. 2023. "Virginia Henderson: Nursing Need Theory."
- Angga Kusuma, Biantoro, and Zahrotul Uyun. 2014. "Hubungan Antara Religiusitas Dengan Perilaku Altruisme Pada Petugas Pemadam Kebakaran Kota Surakarta."
- Bradshaw, Matt, and Christopher G. Ellison. 2008. "Do Genetic Factors Influence Religious Life? Findings from a Behavior Genetic Analysis of Twin Siblings." *Journal for the Scientific Study of Religion* 47(4):529–44. doi: 10.1111/j.1468-5906.2008.00425.x.
- Eaves, L. J., P. K. Hatemi, E. C. Prom-Womley, and L. Murrelle. 2008. "Social and Genetic Influences on Adolescent Religious Attitudes and Practices." *Social Forces* 86(4):1621–46.
- Gao, Qiang, Hsiao-Pei Mok, Hong-Yu Zhang, Hai-Long Qiu, Jian Liu, Ze-Rui Chen, Yun Teng, Xiao-Hua Li, Jian-Zheng Cen, and Ji-Mei Chen. 2021. "Inflammatory Indicator Levels in Patients Undergoing Aortic Valve Replacement via Median Sternotomy with Preoperative Anxiety and Postoperative Complications: A Prospective Cohort Study." *Journal of International Medical Research* 49(2):0300060520977417.
- Hamid A Y. 2008. *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- King, Michael B., and Harold G. Koenig. 2009. "Conceptualising Spirituality for Medical Research and Health Service Provision." *BMC Health Services Research* 9:1–7.
- Kurul, Murat, Nurdan Aydin, and Oznur Sen. 2023. "Effect of Preoperative Anxiety Level on Postoperative Analgesia Requirement in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy." *Med Bull Haseki* 61:167–71.
- Mahmoodian, Gholamreza, Fatemeh Alhani, Fazlollah Ahmadi, and Anoshirvan Kazemnejad. 2010. "Iranian Nurses' Perception of Spirituality and Spiritual Care: A Qualitative Content Analysis Study." *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 3.
- Palamba, Agustina, and Agustina Marna. 2020. "PENGARUH PEMBERIAN EDUKASI TENTANG PEMBIUSAN TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI APENDISITIS DI RUMAH SAKIT ELIM RANTEPAO TAHUN 2020." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Promotif* 5(1):90–102.
- Pekcan, Yonca Ozvardar, Bahattin Tuncali, and Varlık Erol. 2023. "Effect of Preoperative Anxiety Level on Postoperative Pain, Analgesic Consumption in Patients Undergoing Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: An Observational Cohort Study." *Brazilian Journal of Anesthesiology* 73:85–90.

- Ristianingsih, Dwi, Cahyu Septiwi, and Isma Yuniar. 2014. "Gambaran Motivasi Dan Tindakan Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Di Ruang ICU PKU Muhammadiyah Gombong." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan* 10(2).
- Rusydi, Ahmad. 2012. *Religiusitas Dan Kesehatan Mental (Studi Pada Jama'ah Tabligh Jakarta Selatan)*.
- Sandra, Rhona. 2018. "Hubungan Spritualitas Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi." *Jurnal Kesehatan Medika Saintika Volume* 9:24–33.
- Winurini, Sulis. 2019. "Hubungan Religiusitas Dan Kesehatan Mental Pada Remaja Pesantren Di Tabanan." *Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial* 10(2):139–53. doi: 10.46807/aspirasi.v10i2.1428.
- WM, TRILIA, and Inne Yellisni. 2021. "Hubungan Kesehatan Spiritual Dengan Hipertensi Pada Lansia Dengan Pendekatan Teori Keperawatan Virginia Henderson Di Panti Lanjut Usia Harapan Kita Palembang." *Masker Medika* 9(1):340–47. doi: 10.52523/maskermedika.v9i1.419.
- World Health Organization. n.d. *Coronavirus*.
- ANGELO GONZALO. 2023. "Virginia Henderson: Nursing Need Theory."
- Angga Kusuma, Biantoro, and Zahrotul Uyun. 2014. "Hubungan Antara Religiusitas Dengan Perilaku Altruisme Pada Petugas Pemadam Kebakaran Kota Surakarta."
- Bradshaw, Matt, and Christopher G. Ellison. 2008. "Do Genetic Factors Influence Religious Life? Findings from a Behavior Genetic Analysis of Twin Siblings." *Journal for the Scientific Study of Religion* 47(4):529–44. doi: 10.1111/j.1468-5906.2008.00425.x.
- Eaves, L. J., P. K. Hatemi, E. C. Prom-Womley, and L. Murrelle. 2008. "Social and Genetic Influences on Adolescent Religious Attitudes and Practices." *Social Forces* 86(4):1621–46.
- Gao, Qiang, Hsiao-Pei Mok, Hong-Yu Zhang, Hai-Long Qiu, Jian Liu, Ze-Rui Chen, Yun Teng, Xiao-Hua Li, Jian-Zheng Cen, and Ji-Mei Chen. 2021. "Inflammatory Indicator Levels in Patients Undergoing Aortic Valve Replacement via Median Sternotomy with Preoperative Anxiety and Postoperative Complications: A Prospective Cohort Study." *Journal of International Medical Research* 49(2):0300060520977417.
- Hamid A Y. 2008. *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- King, Michael B., and Harold G. Koenig. 2009. "Conceptualizing Spirituality for Medical Research and Health Service Provision." *BMC Health Services Research* 9:1–7.

- Kurul, Murat, Nurdan Aydin, and Oznur Sen. 2023. "Effect of Preoperative Anxiety Level on Postoperative Analgesia Requirement in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy." *Med Bull Haseki* 61:167–71.
- Mahmoodian, Gholamreza, Fatemeh Alhani, Fazlollah Ahmadi, and Anoshirvan Kazemnejad. 2010. "Iranian Nurses' Perception of Spirituality and Spiritual Care: A Qualitative Content Analysis Study." *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 3.
- Palamba, Agustina, and Agustina Marna. 2020. "PENGARUH PEMBERIAN EDUKASI TENTANG PEMBIUSAN TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI APENDISITIS DI RUMAH SAKIT ELIM RANTEPAO TAHUN 2020." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Promotif* 5(1):90–102.
- Pekcan, Yonca Ozvardar, Bahattin Tuncali, and Varlik Erol. 2023. "Effect of Preoperative Anxiety Level on Postoperative Pain, Analgesic Consumption in Patients Undergoing Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: An Observational Cohort Study." *Brazilian Journal of Anesthesiology* 73:85–90.
- Ristianingsih, Dwi, Cahyu Septiwi, and Isma Yuniar. 2014. "Gambaran Motivasi Dan Tindakan Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Di Ruang ICU PKU Muhammadiyah Gombong." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan* 10(2).
- Rusydi, Ahmad. 2012. *Religiusitas Dan Kesehatan Mental (Studi Pada Jama'ah Tabligh Jakarta Selatan)*.
- Sandra, Rhona. 2018. "Hubungan Spiritualitas Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi." *Jurnal Kesehatan Medika Saintika Volume* 9:24–33.
- Winurini, Sulis. 2019. "Hubungan Religiusitas Dan Kesehatan Mental Pada Remaja Pesantren Di Tabanan." *Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial* 10(2):139–53. doi: 10.46807/aspirasi.v10i2.1428.
- WM, TRILIA, and Inne Yellisni. 2021. "Hubungan Kesehatan Spiritual Dengan Hipertensi Pada Lansia Dengan Pendekatan Teori Keperawatan Virginia Henderson Di Panti Lanjut Usia Harapan Kita Palembang." *Masker Medika* 9(1):340–47. doi: 10.52523/maskermedika.v9i1.419.
- World Health Organization. n.d. *Coronavirus*.

BAB 12

KONSEP DAN PRINSIP ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA: KEBERSIHAN DAN PERAWATAN DIRI

Ns. Reni, S.Kep., M.Kep.

Pendahuluan

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya untuk mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, pasien dinyatakan terganggu perawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri. Kemampuan dasar yang dimiliki manusia salah satunya adalah perawatan diri yang bertujuan untuk mempertahankan hidup, dan mencapai kesejahteraan hidup sesuai dengan keadaan kesehatan individu. Banyak faktor yang membuat klien defisit perawatan diri dapat menjadi pemicu diagnosa lain muncul atau bahkan menjadi diagnosa penyerta setelah diagnosa utama.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Materi dalam buku ini memberikan refensi dalam melakukan tindakan keperawatan bagi mahasiswa dan petugas kesehatan khususnya keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien diagnosa defisit perawatan diri diantaranya :

1. **Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK**
2. **Dukungan Perawatan Diri: berpakaian dan berhias**
3. **Dukungan Perawatan Diri: makan dan minum**
4. **Dukungan Perawatan Diri: mandi**

Uraian materi

A. Defenisi

Defisit perawatan diri merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Kurangnya perawatan diri pada pasien gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun, kurang perawatan diri ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan toileting (Syahni, 2018). Defisit perawatan diri adalah keadaan saat individu memiliki hambatan untuk merawat dirinya secara mandiri mulai dari mandi, menggunakan pakaian dengan benar, dapat makan dan minum secara mandiri, hingga melakukan defekasi dengan benar (Martianingrum et al., 2023)

B. Tanda dan Gejala

Untuk dapat mengangkat diagnosis defisit perawatan diri, Perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu

Data subjektif :

1. Pasien mengatakan dan menolak melakukan perawatan diri yang meliputi :
 - a. Malas mandi
 - b. Tidak mau menyisir rambut
 - c. Tidak mau menggosok gigi
 - d. Tidak mau memotong kuku
 - e. Tidak mau berhias atau berdandan
 - f. Tidak bisa atau tidak mau menggunakan alat mandi atau alat kebersihan diri
 - g. Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum 8 Buang air besar dan buang air kecil tidak pada tempatnya
 - h. Tidak membersihkan diri dan tempat setelah Buang air besar dan buang air kecil
 - i. Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar
2. Mengungkapkan kesulitan dalam melakukan perawatan diri
3. Pasien mengatakan tidak minat melakukan perawatan diri kurang

Data objektif :

1. Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang, tidak menggunakan alat – alat mandi, tidak mandi dengan benar
2. Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, pakaian tidak rapi, tidak mau berdandan, tidak mau memilih mengambil dan memakai pakaian,

- tidak memakai sandal, sepatu, resleting dan tidak memakai barang – barang yang perlu dalam berpakaian
3. Makan dan minum sembarangan, berceceran, tidak menggunakan alat mandi, tidak mampu menyiapkan makanan dan memindahkan makanan ke alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, tidak mengunyah, menelan makanan secara aman dan juga tidak menyelesaikan makan.
 4. Buang air besar dan buang air kecil tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah buang air besar dan buang air kecil

C. Penyebab (Etiologi)

Penyebab (etiology) dalam diagnosis keperawatan adalah faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Penyebab (etiology) untuk masalah defisit perawatan diri adalah:

1. Gangguan musculoskeletal
2. Gangguan neuromuskuler
3. Kelemahan
4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
5. Penurunan motivasi/minat

Ada 5 spesifikasi diagnosis deficit perawatan diri, antara lain:

1. Mandi
2. Berpakaian
3. Makan
4. Toileting
5. Berhias

D. Faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan diri

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kebersihan diri klien (Supartini, 2009)

- a. Gambaran tubuh: penampilan secara umum klien menunjukkan pentingnya kebersihan baginya.
- b. Status sosial ekonomi: sumber-sumber ekonomi seseorang mempengaruhi tipe dan tindakan kebersihan dirinya.
- c. Pengetahuan: pengetahuan tentang pentingnya kebersihan dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi tindakan kebersihan seseorang.
- d. Budaya: keyakinan, budaya, nilai-nilai pribadi dan praktik dalam keluarga klien mempengaruhi perawatan kebersihan.
- e. Kesenangan pribadi: waktu untuk merencanakan kebersihan diri dan produk perawatan kebersihan disesuaikan dengan kesenangan pribadi klien.

E. Dampak Defisit Perawatan Diri

Menurut (Wulandari et al., 2022) dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene ialah:

1. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

2. Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencinti, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

F. Kriteria hasil

Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa perawatan diri meningkat adalah :

1. Kemampuan mandi meningkat
2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
3. Kemampuan makan meningkat
4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat
5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
6. Minat melakukan perawatan diri meningkat

G. Intervensi

1. Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK

Intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) kepada pasien. Defisit perawatan diri : Toileting merupakan Ketidak mampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defeksi atau berkemih tanpa bantuan. (Laia & Pardede, 2022)

Observasi

- a. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia
- b. Monitor integritas kulit pasien

Terapeutik

- a. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi
- b. Dukung penggunaan toilet/*commode*/pispot/urinal secara konsisten
- c. Jaga privasi selama eliminasi
- d. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu

- e. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan
- f. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu
- g. Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), jika perlu

Edukasi

- a. Anjurkan BAK/BAB secara rutin
- b. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu

2. Dukungan perawatan diri: berpakaian dan berhias

Defisit perawatan diri ini merupakan Kurang minat memilih pakaian yang sesuai untuk dipakai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis (Olkia, 2020). **Intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan berpakaian dan berhias.**

Observasi

Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias

Terapeutik

- a. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau
- b. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan
- c. Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu

3. Fasilitasi berhias (mis: menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot)

- a. Jaga privasi selama berpakaian
- b. Tawarkan untuk laundry, jika perlu
- c. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri

Edukasi

- a. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu
- b. Ajarkan menggunakan pakaian, jika perlu

4. Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum

Defisit perawatan diri : makan dan minum merupakan Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan dan minum secara mandiri (Ndaha, 2021). **Intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan dan minum kepada pasien.**

Observasi

- a. Identifikasi diet yang dianjurkan
- b. Monitor kemampuan menelan
- c. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

Terapeutik

- a. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
- b. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum

- c. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- d. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
- e. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
- f. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
- g. Sediakan makanan dan minuman yang disukai
- h. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
- i. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia

Edukasi

Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3)

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi

5. Dukungan perawatan diri: mandi

Memandikan klien adalah membersihkan seluruh tubuh klien, untuk klien di tempat tidur berarti membersihkan seluruh tubuh klien yang terbaring di atas tempat tidur, sementara untuk klien yang masih mampu bergerak tapi tidak dapat menjangkau seluruh bagian tubuhnya akan menjalani aktivitas memandikan di tempat tidur parsial

Observasi

- a. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri
- b. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan
- c. Monitor kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku)
- d. Monitor integritas kulit

Terapeutik

- a. Sediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)
- b. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
- c. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
- d. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
- e. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
- f. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Edukasi

- a. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan
- b. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu

H. Latihan

Kasus 1 (Soal No 1 Sampai Dengan No 3)

Seorang pasien perempuan berusia 25 tahun mengatakan malas untuk mandi dan tidak pernah gosok gigi selama 2 minggu, pasien mengatakan ngak ada gunanya mandi atau berdandan, 2 minggu yang lalu pasien di tinggal nikah oleh pasangannya. Pasien terlihat kotor, pakaian tidak bersih dan tidak rapi, terciptum bau mulut dan bau badan, kuku panjang dan menolak melakukan perawatan diri.

1. Apakah diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus ini

- a. Ansietas
- b. Harga diri rendah
- c. Ketidakberdayaan
- d. Defisit pengetahuan
- e. Defisit perawatan diri

Jawaban yang benar : D

2. Apa penyebab pasien mengalami masalah tersebut

- a. Kelemahan
- b. Gangguan neuromuskuler
- c. Gangguan musculoskeletal
- d. Penurunan motivasi/minat
- e. Gangguan psikologis dan/atau psikotik

Jawaban yang benar : E

3. Faktor yang mempengaruhi pasien mengalami permasalahan pada kasus diatas adalah

- a. Budaya
- b. Pengetahuan
- c. Gambaran tubuh
- d. Status sosial ekonomi
- e. Kesenangan pribadi

Jawaban yang benar : E

4. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam. Tindakan ini dilakukan dalam kelompok tindakan secara

- a. Edukasi
- b. Observasi
- c. Terapeutik
- d. Kolaborasi
- e. Lintas program

Jawaban yang benar : A

I. Rangkuman Materi

Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri yang ditandai dengan pasien mengatakan dan menolak melakukan perawatan diri, pasien terlihat tidak bersih dan tidak rapi, rambut kusut, makan dan minum sembarangan serta BAK dan BAK tidak pada tempatnya. Banyak hal yang menyebabkan pasien mengalami defisit perawatan diri dan ada beberapa faktor yang akan memperparah kondisi pasien.

J. Daftar Pustaka

<https://snars.web.id/sdki/d-0109-defisit-perawatan-diri/>

Laia, V. A. S., & Pardede, J. A. (2022). Penerapan Terapi Generalis pada Penderita Skizofrenia dengan Defisit Perawatan Diri di Ruang Pusuk Buhit Rsj Prof.Dr. Muhammad Ildrem: Studi Kasus. *Defisit Perawatan Diri*, 4(2), 32–39.

Martianingrum, A., Trisnawati, C., Ningtyas, R., Banyumas, P. Y., & Keperawatan, D.-I. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Defisit Perawatan Diri di RSJP dr. Soeharto Heerdjan Jakarta. *Asuhan Keperawatan Pada (Ayu Martianingrum, Dkk) Madani: Jurnal Ilmiah Multidisiplin*, 1(7), 2986–6340. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8270479>

Ndaha, S. (2021). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny J Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri Di Kota Dumai-Riau. *OSF Preprints*, 1 (1)(2019), 1–32.

Olkfia, T. (2020). Karya tulis ilmiah studi dokumentasi defisit perawatan diri pada pasien dengan skizofrenia. *Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta*.

Supartini, Y. (2009). *Buku Panduan Praktika Mata Kuliah Kebutuhan Dasar Manusia II*.

Syahni, Iela aruma. (2018). Penerapan Latihan Mandi Dan Berhias Terhadap Peningkatan Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri Di Instalasi Kesehatan Jiwa Terpadu Rsud Banyumas. *Universitas Muhammadiyah Purwokerto, Defisit Perawatan Diri*, 8–22.

Wulandari, Y., Anita Sari Laia, V., Zega, R., Lestari Siregar, S., & Amidos Pardede, J. (2022). Peningkatan Kemampuan dan Penurunan Gejala Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri: Studi Kasus. *Osf*, 4–44.

BAB 13

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR: INTEGRITAS KULIT; LUKA

Ns. Aida Yulia, S.Kep.M.Kep

Pendahuluan

Kulit atau sistem integumen merupakan organ tubuh yang paling luas yang di anugrahkan oleh Tuhan Yang Maha Kuasa kepada manusia, yang memiliki komposisi $\frac{1}{6}$ dari total badan manusia. Kulit berfungsi sebagai barier bagi tubuh terhadap organisme penyebab terjadinya penyakit, organ sensorik untuk nyeri, suhu, sentuhan serta dapat membantu dapat sintesis vitamin D bagi tubuh. Kerusakan yang terjadi pada kulit atau yang dikenal dengan gangguan integritas kulit memberikan resiko terhadap keselamatan tubuh dan merangsang proses penyembuhan yang kompleks sehingga berujung pada terjadinya luka. Luka merupakan rusaknya integritas kulit maupun struktur jaringan dibawahnya baik terpisah lapisan kulitnya atau tidak. Pengetahuan perawat tentang luka, cara perawatan nya dan proses penyembuhan luka menjadi hal yang sangat penting untuk diketahui agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang professional dalam membantu pencapaian kesembuhan luka yang optimal.

Tujuan umum dari materi ini adalah diharapkan mahasiswa mampu memahami dan mengerti tentang konsep luka dan proses penyembuhan luka, asuhan keperawatan pada pasien dengan luka meliputi : pengkajian luka, merumuskan diagnosis pada kasus luka, menetapkan intervensi keperawatan pada kasus luka, melaksanakan implementasi keperawatan pada kasus luka serta mengevaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan pada kasus luka.

Diharapkan buku ajar ini dapat menjadi salah satu referensi bagi mahasiswa keperawatan pada khususnya dan praktisi professional bidang kesehatan serta masyarakat pada umumnya. Buku ini menggambarkan tentang konsep luka dan asuhan keperawatan pada luka, meliputi pengertian luka, penyebab luka, jenis-jenis luka, proses penyembuhan luka, pengkajian luka, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan luka. Untuk memudahkan mahasiswa

keperawatan dan pembaca memahami buku ini, dalam penjelasannya dikemas dengan bahasa yang mudah untuk dimengerti dan dilengkapi dengan gambar yang mendukung serta contoh kasus yang aplikatif dalam kasus luka.

Buku ini menggunakan pendekatan pembelajaran aktif dimana dilengkapi dengan konsep teori dan aplikasi dalam penerapan asuhan keperawatan serta di kaitkan dengan contoh kasus dalam masalah pemenuhan kebutuhan dasar luka, sehingga memudahkan pembaca untuk memahaminya.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Tujuan instruksional materi ini adalah diharapkan mahasiswa dan pembaca mampu memahami dan mengerti tentang konsep luka dan penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan pemenuhan kebutuhan dasar integritas kulit dan luka.

Capaian Pembelajaran:

Capaian pembelajaran yang diharapkan setelah mahasiswa dan pembaca mempelajari buku ajar ini adalah :

1. Mengetahui definisi luka, etiologi luka, klasifikasi luka
2. Menjelaskan tahapan proses penyembuhan luka
3. Mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pemenuhan kebutuhan integritas kulit dan luka beserta contoh kasusnya.

Uraian materi

A. Konsep Luka

1. Pengertian Luka

Luka merupakan suatu kondisi dimana rusaknya kesatuan/komponen jaringan anatomis kulit normal akibat faktor patologis baik yang berasal dari internal maupun eksternal. Ketika luka timbul, beberapa efek akan muncul: hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ, munculnya respon stress simpatik, adanya perdarahan dan pembekuan darah, munculnya kontaminasi bakteri serta terdapat kematian sel.

2. Mekanisme Terjadinya Luka

Kemampuan perawat untuk memahami dan mengidentifikasi penyebab luka menjadi hal yang penting dalam pengkajian holistik luka (Bryant dan Nix, 2007).

- a. Luka insisi (*incised wound*), luka yang terjadi akibat teriris oleh instrument yang tajam, seperti luka yang terjadi akibat pembedahan. Luka insisi termasuk luka bersih (aseptik) biasanya tertutup oleh sutira setelah seluruh pembuluh darah yang luka diikat (ligasi)
- b. Luka memar (*contusion wound*), luka yang terjadi akibat benturan oleh suatu tekanan dan dikarakteristik oleh cedera pada jaringan lunak, perdarahan dan Bengkak
- c. Luka lecet (*abraded wound*), luka yang terjadi akibat bergesekan dengan benda lain yang biasanya dengan benda yang tidak tajam
- d. Luka tusuk (*punctured wound*), luka yang terjadi akibat adanya benda seperti peluru atau pisau yang masuk kedalam kulit dengan diameter yang kecil
- e. Luka gores (*lacerated wound*), luka yang terjadi akibat benda yang tajam seperti kaca atau oleh kawat
- f. Luka tembus (*penetrating wound*), luka yang menembus organ tubuh biasanya pada bagian awal luka masuk diameternya kecil tetapi pada bagian ujung biasanya luka akan melebar
- g. Luka bakar (*combustion*)

3. Tingkat Kontaminasi Terhadap Luka

- a. *Clean Wound* (luka bersih), yaitu luka bedah tak terinfeksi yang mana tidak terjadi proses peradangan (inflamasi) dan infeksi pada sistem pernafasan, pencernaan, genital dan urinary tidak terjadi. Luka bersih

- biasanya menghasilkan luka yang tertutup, jika perlu dimasukan drainase tertutup. Kemungkinan terjadinya infeksi luka sekitar 1%-5%
- b. *Clean contaminated wound* (luka bersih terkontaminasi), merupakan luka pembedahan dimana saluran respirasi, pencernaan, genital atau perkemihan dalam kondisi terkontrol, kontaminasi tidak selalu terjadi, kemungkinan timbul infeksi luka adalah 3%-11%
 - c. *Contaminated wound* (luka terkontaminasi), adalah termasuk luka yang terbuka, fresh, termasuk luka akibat kecelakaan dan operasi dengan kerusakan besar dengan teknik aseptic atau kontaminasi dari saluran cerna. Pada kategori ini juga termasuk insisi akut, inflamasi non purulen, kemungkinan infeksi luka 10%-17%
 - d. *Dirty or Infected wound* (luka kotor atau infeksi), yaitu terdapatnya mikroorganisme pada luka

4. Klasifikasi Luka

Berdasarkan Kedalaman Luka

- a. Stadium I : luka superficial (*non-blanching erythema*), yaitu luka yang terjadi pada lapisan epidermis kulit
- b. Stadium II: luka "*Partial Thickness*" yaitu luka yang mengakibatkan hilangnya lapisan kulit pada lapisan epidermis dan bagian atas dari dermis. Luka pada stadium ini merupakan luka superficial dan adanya tanda klinis seperti abrasi, blister atau lubang yang dangkal
- c. Stadium III : luka "*Full Thickness*" yaitu luka yang ditandai dengan hilangnya kulit keseluruhan meliputi kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan yang dapat meluas dampai bawah, tetapi tidak melewati jaringan yang mendasarnya. Luka pada stadium ini sudah sampai pada lapisan epidermis, dermis dan fasia tetapi tidak mengenai otot. Luka pada stadium ini timbul secara klinis sebagai suatu lubang yang dalam dengan atau tanpa merusak jaringan sekitarnya
- d. Stadium IV : luka "*Full Thickness*" yaitu luka yang telah mencapai lapisan otot, tendon dan tulang dengan adanya destruksi/kerusakan yang luas.

Berdasarkan Waktu Penyembuhannya, Hess (1999) membagi 2 kategori :

- a. Luka akut, yaitu luka dimana masa atau waktu penyembuhan luka sesuai dengan konsep penyembuhan luka yang telah disepakati
- b. Luka Kronis, yaitu luka yang mengalami kegagalan dalam proses penyembuhan, hal ini dikenakan faktor eksogen dan endogen

5. Proses Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka merupakan suatu proses yang lembatkan integrasi proses fisiologis. Proses penyembuhan pada semua luka pada dasarnya sama, dan bersifat kompleks namun terdapat beberapa variasi yang bergantung pada lokasi, keparahan, luasnya cedera. Hal lain yang berkaitan dengan luka adalah kemampuan sel dan jaringan dalam melakukan regenerasi, termasuk sel hati, tubulus ginjal dan neuron pada sistem syaraf pusat.

Carvile (2007) menguraikan 3 tahapan Proses Penyembuhan Luka:

a. *Inflamasi*

Fase inflamasi merupakan suatu respon reaksi tubuh terhadap adanya luka yang terjadi beberapa menit awal terjadinya luka sampai dengan 3 hari dan maksimal sampai 5 hari. Pada fase ini proses fisiologis yang terjadi meliputi :

1) Perdarahan (*homeostasis*)

Pada saat terjadinya luka dimana terdapat robekan/trauma pada pembuluh darah, tubuh mengkompensasi hal tersebut dengan melakukan vasokonstriksi sementara pada pembuluh darah yang cedera melalui penghentian perdarahan dengan dihasilkannya platelet (trombosit) pada area luka. Selanjutnya bekuan darah yang terkumpul akan membentuk matrik fibrin untuk kerangka perbaikan sel. Setelah serabut fibrin terbentuk akan dilanjutkan proses fibronolisis untuk memcahkan bekuan darah dan mempercepat proses migrasi sel ke bagian kulit yang mengalami luka

2) Eritema dan panas (*rubor dan calor*)

Jaringan yang mengalami cedera atau luka juga menstimulasi sel mast untuk mengeluarkan histamine yang akan mengakibatkan vasodilatasi kapiler disekitar luka sehingga aliran darah akan banyak diedarkan menuju area luka sehingga area luka menjadi lebih terasa hangat dan memerah.

3) Nyeri (*dolor*)

Akibat adanya jaringan yang mengalami luka/cedera akan mengenai ujung saraf bebas yang mengakibatkan mediator nyeri seperti prostaglandin, serotonin dikeluarkan, selanjutnya mediator nyeri tersebut dibawa ke otak dan di persepsi sebagai munculnya sensasi nyeri

4) Edema (*tumor*) dan penurunan fungsi jaringan (*functio laesa*)

Dengan adanya proses pengeluaran histamine dari sel mast yang mengakibatkan vasolidasi sehingga aliran darah ke area luka, hal ini akan mengakibatkan terjadinya peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadinya perpindahan cairan intravascular masuk ke dalam ruang interstitial. Situasi ini mengakibatkan terjadinya pembengkakan atau edema pada area luka dan akan berdampak pada gangguan fungsi organ yang mengalami cidera.

Pada jam setelah terjadinya luka leukosit akan dikirimkan ke area luka dan akan langsung bekerja terutama neurotrofil yang mulai memakan bakteri dan debris, leusosit selanjutnya adalah monosit yang akan berubah menjadi makrofag. Makrofag berfungsi menelan mikroorganisme dan mencerna dan mendaur ulang asam amino, gula yang membantu dalam penyembuhan luka. Selanjutnya makrofag akan menstimulasi pembentukan fibroblast yaitu sel yang mensintesis kolagen pada hari kedua luka dan pembentukan pembuluh darah baru atau angiogenesis sebagai bagian tahapan penyembuhan luka berikutnya.

b. Proliferasi

Fase kedua proses penyembuhan luka setelah fase inflamasi, fase ini berlangsung sejak hari ke 3 luka sampai dengan hari ke 21 (3 minggu). Pada fase ini proses yang terjadi adalah mengisi luka dengan jaringan penyambung/granulasi baru yang menutup bagian atas luka dengan epitelisasi sehingga proses kapilerisasi dan pembentukan pembuluh darah baru terus berlangsung. Keberadaaan fibroblast difase ini juga memegang peranan penting dalam terus mensintesa kolagen. Kolagen merupakan protein yang menambah tegangan permukaan luka sehingga kecil kemungkinan luka terbuka.

c. Maturasi

Maturasi merupakan proses akhir dari penyembuhan luka yang dapat memakan waktu berkisar 1-2 tahun, bergantung pada kedalaman dan keluasan luka. Pada fase ini pembentukan sintesa kolagen masih terus berlangsung sehingga jaringan menjadi lebih kuat, bekas luka menjadi lebih kecil, kehilangan elastisitasnya dan meninggalkan garis putih sebagai akhir dari penyembuhan luka.

6. Komplikasi Luka

a. Hemoragik

Perdarahan dapat terjadi akibat terputusnya pembuluh darah dari terjadinya luka. Perlu di waspadai jika pasien menderita kelainan darah, penyakit penyerta dan kerkuarangan vitamin k

b. Infeksi

Adanya luka sangat perpeluang untuk terjadi nya infeksi akibat adanya kontak luka dengan dunia luar serta adanya infeksi nosokomial di rumah sakit. Luka yang terdapat drainase purulen dapat dikatakan mengalami infeksi.

c. Dehiscence

Proses penyembuhan luka yang tidak baik akan mengakibatkan jaringan dan lapisan kulit berpisah. Hal ini akan sering terjadi sebelum pembentukan kolagen pada 3-11 hari setelah terjadinya cedera

d. Eviserasi

Terpisah nya lapisan luka dengan jaringan secara total akan mengakibatkan terjadinya eviserasi, hal ini ditandai dengan keluarnya organ visceral melalui luka yang terbuka. Hal ini merupakan salah satu tanda kegawatdaruratan medis dan membutuhkan upaya pembedahan sebagai tindak lanjutnya.

e. Fistula

Proses penyembuhan luka yang tidak baik akan mengakibatkan terbentuknya saluran abnormal yang berada diantara organ dan bagian luar tubuh. Fistula juga dapat diperburuk jika pasien mengalami komplikasi dari penyakit seperti chron atau renteritis regional, trauma dan kanker.

B. Asuhan Keperawatan Luka

1. Pengkajian Luka

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal dalam memberikan asuhan keperawatan dan menjadi hal yang paling fundamental yang akan berdampak pada empat tahap berikutnya dalam proses keperawatan. Begitu juga hal nya dalam pengkajian luka, dimana tidak hanya terfokus pada luka namun secara keseluruhan. Menurut Wijaya, I Made Sukma (2018) adapun hal yang dikaji dari luka sebagai berikut:

a. Penyebab luka

Penyebab luka akan menentukan intervensi yang tepat dalam penatalaksanaan luka.

b. Durasi luka

Durasi luka akan menetukan terkait proses penyembuhan luka apakah termasuk pada kategori luka akut atau luka kronis

c. Lokasi anatomi luka

Lokasi luka akan memberikan gambaran terkait proses penyebab terjadinya luka dan menggambarkan tingkat keparahan dari luka

d. Dimensi luka

Pengukuran akan luas dimensi luka yang meliputi panjang, lebar dan kedalaman. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan alat penggaris kertas atau plastic dengan satuan centimeter(cm) atau millimeter (mm). Dimensi luka juga dilakukan untuk menilai kedalaman goa atau undermining dari sebuah luka dengan menggunakan kapas lidi steril yang di tempatkan pada dasar goa yang terbentuk, selanjutnya kapas lidi diputar searah dan berlawanan jarum jam lalu ditentukan besaran sudut yang dihasilkan dari putaran tersebut.

e. Stadium luka

Pengkajian pada stadium luka untuk menentukan kerusakan lapisan kulit yang terkena dan memberikan informasi terkait lamanya penyembuhan luka.

f. Warna dasar luka

Terdapat tiga warna dasar luka, yaitu merah (Red), kuning (Yellow) dan hitam (Black) atau di kenal dengan istilah (RYB). Luka yang berwarna dasar merah adalah luka yang bersih ditandai dengan vaskularisasi yang baik dan memiliki kecenderungan untuk berdarah. Luka warna kuning merupakan luka yang terkontaminasi, avaskularisasi, luka kuning difokuska pada tindakan autolysis debridement, menyerap eksudat dan mengurangi infeksi. Sementara luka yang berwarna hitam adalah luka yang jaringan telah mengalami nekrosis dan avaskularisasi.

g. Eksudat

Cairan yang dihasilkan oleh luka atau eksudat terdiri dari serum, debris cellular, bakteri dan leukosit. Pengkajian pada eksudat meliputi : jumlah, warna, konsistensi dan baunya, sebagai berikut :

- Serous : eksudat yang bening atau kuning pucat yang berisi plasma cair

- Sanguineous (bloody) : eksudat berisi darah segar dengan konsistensi kental atau cair
- Serosanguineous (hemoserous) : eksudat berisi plasma dan sel darah merah dengan konsistensi kental atau cair
- Purulen : eksudat yang mengandung sel darah putih, organism hidup/mati, konsistensi kental atau cair berbuih dan berbau.

h. Odor

Odor merupakan bau yang dihasilkan dari luka yang menandakan adanya pertumbuhan mikroorganisme pada luka. Pengkajian odor sebagai berikut :

- Kuat : bau ketika memasuki ruangan (6-10 kaki atau 2-3 meter dari klien) dengan dressing utuh tidak dibuka
- Moderate : bau ketika memasuki ruangan (6-10 kaki atau 2-3 meter dari klien) dengan dressing dibuka
- Ringan : bau tercium ketika berada dekat klien dengan balutan dibuka
- Tidak ada : tidak ada bau, walaupun ada disamping klien dengan balutan yang sudah dibuka.

i. Pinggiran luka

Pinggiran luka mengindikasikan proses perkembangan epitelisasi, dimana proses migrasi luka dimulai dari pinggiran luka menuju ke tengah sampai menutupi seluruh luka. Pengakajian pada pinggiran luka memberikan gambaran terkait proses penyembuhan luka berlangsung dengan baik atau tidak

j. Infeksi

adanya infeksi pada luka ditandai adanya peningkatan slough, eksudat yang berlebihan serta perubahan warna dan konsistensi jaringan luka.

k. Nyeri luka

Nyeri yang dirasakan oleh klien mengidentifikasi adanya infeksi pada luka.

2. Diagnosis Keperawatan

Setelah proses pengkajian dilakukan, maka langkah selanjutnya dilakukan identifikasi diagnosis keperawatan yang merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas pada masalah kesehatan pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tahap selanjutnya setelah merumuskan diagnosis keperawatan, dimana pada tahap ini terdapat rumusan tujuan jangka pendek dan jangka panjang serta kriteria hasil yang dirumuskan sehingga berdampak langsung pada perawatan pasien. Perumusan luaran dengan menggunakan SLKI terdiri dari (PPNI,2019) :

- a. Label, adalah nama luaran keperawatan yang terdiri dari kata kunci untuk mengumpulkan informasi tentang luaran keperawatan
- b. Ekspektasi, merupakan evaluasi terhadap hasil yang diharapkan akan tercapai
- c. Kriteria hasil, dapat diamati atau diukur oleh perawat dan berfungsi sebagai dasar untuk mengevaluasi keberhasilan intervensi keperawatan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan nyata dari intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan yang dilakukan untuk menilai apakah hasil yang diharapkan telah tercapai. Pengkajian ulang akan dibutuhkan jika terdapat perubahan kondisi pasien, selanjutnya rencana keperawatan menyesuaikan dengan perubahan kondisi pasien tersebut.

C. Latihan

Pengkajian:

Perempuan usia 59 tahun diagnoza dengan ulkus ganggren digit pedis dekstra + DM Tipe 2 Tidak terkontrol. Hasil pengkajian luka didapatkan : lokasi luka berada di kaki sebelah kanan, grade luka tidak bisa dinilai, ukuran luka 22 cm x 11 cm, tidak terdapat goa, terdapat jaringan nekrotik 90%, slough 10%, jumlah eksudat sedikit, tipe eksudat serosanguineosa, kulit sekitar luka edema dan eritema. Klien mengeluhkan nyeri pada area kaki sebelah kanan.



Gambar 13.1

Diagnosis Keperawatan :

Setelah dilakukan pengkajian dapat disimpulkan bahwa diagnosis keperawatan yang muncul adalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan ulkus dengan no diagnosa (D.0129) pada hal 282 (SDKI,2017)

Intervensi Keperawatan:

Intervensi keperawatan pada kasus ini mengacu dan bersumber pada SLKI PPNI (2018) dan SIKI PPNI (2019).

No	Diagnosis (SDKI)	Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Gangguan integritas kulit/jaringan b.d.perubahan sirkulasi d.d kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit;nyeri;kemerahan	Integritas kulit dan jaringan (I.144125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jama maka integritas kulit dan jaringan MENINGKAT dengan kriteria hasil :	Perawatan Luka (I.14564) Observasi : <ul style="list-style-type: none">- Monitor karakteristik luka (mis.drainage,warna, ukuran,bau)- Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik

- | | |
|---|--|
| 1. Elastisitas meningkat
2. Perfusi jaringan meningkat
3. Kemrahan menurun
4. Nyeri menurun
5. Nekrosis menurun | - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- Perawatan luka modern wound dressing |
|---|--|

Implementasi Keperawatan:

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus diatas dengan ulkus yaitu melakukan monitor karekteristik luka, meliputi drainage, warna, ukuran dan bau. Memonitor tanda-tanda infeksi serta memberikan perawatan luka Modern Wound Dressing sesuai dengan prosedur. Adapun prosedur yang dilakukan pada kasus pertama membersihkan luka dengan cairan pencuci luka dan NaCl, prosedur yang kedua dengan membuang jaringan yang mati agar mempercepat proses penyembuhan luka, selanjutnya setelah luka dibersihkan diberikan salep khusus luka yaotu metcovazin, yang merupakan obat dengan bahan aktif chitosan dan zinc oxide yang berguna menjaga kelembaban autolysis jaringan mati pada luka. Berikutnya diberikan alginate yang berguna untuk mengangkat jaringan mati dan dibalut dengan kassa.

Evaluasi Keperawatan:

Diagnosa	Catatan Perkembangan
Gangguan	S: pasien mengatakan kaki kanan nya belum membaik
integritas	O : terdapat luka pada kaki kanan bagian bawah, kaki edema, memerah dan tampak banyak jaringan nekrotik
kulit	A: gangguan integritas kulit belum teratas P: lanjutkan intervensi I: Perawatan Luka
	Observasi :
	1. Monitor karekteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi
	Terapeutik :
	3. Lepaskan plester secara perlahan 4. Bersihkan luka dengan NaCl 5. Pasang balutan dengan prinsip lembab 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
	E: terjadi granulasi pada luka
	R: lakukan perawatan luka modern setiap hari

D. Rangkuman Materi

Terjadinya kerusakan kesatuan jaringan kulit atau integritas kulit disebut luka, menuntut perawat untuk memiliki pemahaman terkait konsep luka dan penerapan asuhan keperawatan menjadi hal yang sangat penting. Pengkajian keperawatan pada luka akan menjadi penentu bagi keberhasilan empat tahapan berikutnya, pengkajian luka terdiri dari hal yang menyebabkan terjadinya luka, durasi luka, proses penyembuhan luka, lokasi luka, dimensi luka, stadium luka, warna luka, tipe jaringan luka, eksudat, infeksi dan nyeri pada luka (lampiran form pengkajian luka terlampir). Pengkajian yang akurat dan lengkap akan memungkinkan memberikan data dalam menegakkan diagnosis serta perencanaan perawatan luka yang tepat dan efektif.

E. Daftar Pustaka

- Bryan,R, anda Nix, D.2007. Acute and Cronic Wounds: Current Management Concepts.3rd ed.St.Louis, MO: Elsevier Mosby
- Patricia A Pootter, Anne Griffin Perry, Buku ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik ;Ed.4.Jakarta :EGC,2005
- Carville, K.2007.Wound Care: Manual.5 ed. Osborne Park: Silver Chain Foundation
- Dowsett,C.2002.The Role Of The Nurse in Wound Bed Preparation.Nursing Standard, 16(44):69-76
- Fletcher,J.2008.Difference between Acute and Cronic Wound and The Role of Wound Bed Preparation. Nursing Standar, 22(24):62-68
- Hess, C.T.1999. Wound Care Clinical Giude.Springhouse:USA
- Morison, M.J. 2004. Manajemen Luka.EGC:Jakarta
- PPNI, T. P. S. D. 2017. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- PPNI, T. P. S. D. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). 1st edn. Jalarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- PPNIT, P. S. D. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Wijaya, I Made Sukma, 2018. Perawatan Luka Dengan Pendekatan Multidisiplin. Ed 1. Yogyakarta.

BAB 14

KEBUTUHAN AKTIVITAS DAN LATIHAN

Ns. Subandiyo, S.Pd., S.Kep., Ns., M.Kes.

Pendahuluan

Latar Belakang

Manusia adalah makhluk yang ciptakan tuhan, mempunyai beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi untuk mencapai keadaan sehat dan seimbang. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur yang penting dalam kehidupan manusia untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis dengan tujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. (Ni Wayan Dwi R & Kasiati, 2016).

Kebanyakan individu dapat menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuan individu untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari. Kemampuan individu untuk beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh manusia. Kemampuan aktivitas seseorang tidak lepas dari kemampuan sistem persarafan dan muskuloskeletal yang adekuat. (Ni Wayan Dwi R & Kasiati, 2016).

Mekanika tubuh meliputi pengetahuan tentang bagaimana dan mengapa kelompok otot tertentu digunakan untuk menghasilkan dan mempertahankan gerakan secara aman. Dalam menggunakan mekanika tubuh yang tepat perawat perlu mengerti pengetahuan tentang pergerakan, termasuk bagaimana mengoordinasikan gerakan tubuh yang meliputi fungsi integrasi dari sistem skeletal, otot skelet dan sistem saraf. Selain itu, ada kelompok otot tertentu yang terutama digunakan untuk pergerakan dan kelompok otot lain membentuk postur/bentuk tubuh (Potter & Perry, 2006)

Word Health Organization (WHO) menyampaikan ada 15 juta orang setiap tahun yang mengalami stroke di seluruh dunia (WHO, 2018). Sedangkan Indonesia adalah merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia (Pradana dan Firman, 2021). Sesuai laporan Riskesdas (2018), angka kejadian stroke di Indonesia sebesar 10,9 per mil serta Sulawesi Selatan menempati urutan 6 tertinggi di Indonesia (10,0%).

Masalah yang muncul untuk pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat seperti pada penderita stroke akan mengalami dampak berupa penurunan fungsi otot, terutama pada otot ekstremitas bawah (Henny, 2018). Masalah yang timbul pada ekstremitas dapat mengganggu kemampuan dan aktivitas dikarenakan ekstremitas merupakan bagian yang paling aktif dan begitu penting untuk melakukan kegiatan sehari-hari (Syahrim, 2019).

Masalah gangguan gerak pada ekstremitas tersebut disebut dengan gangguan mobilitas (Rahayu, 2015). Gangguan mobilitas menimbulkan dampak berupa penurunan kemampuan otot, kontraktur, kekakuan dan nyeri sendi, juga berdampak buruk pada sistem kardiovaskuler, pernapasan, metabolismik, perkemihan, pencernaan dan integumen, dan menimbulkan dampak psikososial seperti respon emosional yang beragam (harga diri rendah, frustasi, menarik diri, agresif dan apatis), kurangnya stimulus intelektual akan menurunkan kemampuan dalam mengambil keputusan dan menyelesaikan masalah kebutuhan tubuh (Uda dkk, 2016).

Problem pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat seperti gangguan mobilitas fisik apabila tidak mendapatkan penanganan dengan baik dan benar akan dapat menyebabkan komplikasi seperti orthostatic hypotension, kontraktur, deep vein trombosis serta abnormalitas tonus (Garrison, 2016). Maka dari itu perlu dilakukan tindakan keperawatan mandiri non-farmakologi seperti latihan Range of Motion (ROM) (Lingga dkk, 2018; Paramitha dkk, 2021).

ROM apabila dilakukan dengan betul dan rutin akan dapat mengembalikan sistem pergerakan dan memulihkan kekuatan otot untuk bergerak kembali memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari (Lingga dkk, 2018; Paramitha dkk, 2021). Latihan ROM memiliki beberapa kelebihan antara lain mudah dipelajari dan diingat oleh pasien dan keluarga, mudah diterapkan dan merupakan intervensi keperawatan dengan biaya yang ringan (Rahmadani dan Handi, 2019).

Tindakan ROM terbukti efektif untuk meningkatkan kekuatan otot pasien, Anggriani dkk (2020), dalam penelitiannya mengatakan bahwa dengan latihan ROM menunjukkan rata-rata peningkatan kekuatan otot antara sebelum dan tujuh hari sesudah diberikan intervensi sebesar 1,80 sedangkan Syikir (2018), dalam penelitiannya menyampaikan bahwa dengan latihan ROM efektif meningkatkan kekuatan otot dengan nilai rata-rata sebelum intervensi kekuatan otot 1,6 dan setelah intervensi rata-rata kekuatan otot menjadi 3.

Srinayati dkk (2020), menyampaikan kalau fakta di lapangan masih jarang melakukan intervensi ROM pada pasien, hasil penelitian Muntaha (2012), mengarahkan pelaksanaan ROM oleh perawat pada pasien stroke 53,8% kurang adekuat, hal ini dapat berdampak jika tidak dilakukan akan menimbulkan kontraktur sendi pada pasien, sehingga latihan ROM harus dilakukan secara benar dan rutin (Halimatusyadiah, 2019).

Studi yang komprehensif perlu dilakukan untuk mengetahui pengaruh ROM dengan didasari penelitian yang telah ada untuk diterapkan dalam proses asuhan keperawatan (evidence based research) (Setiawan dkk, 2021). Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk membuat referensi tentang keperawatan pemenuhan kebutuhan dasar aktivitas dan istirahat

Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka rumusan masalah pada penulisan kali ini adalah bagaimana keperawatan kebutuhan dasar aktivitas dan istirahat pada pasien dapat dilakukan dengan baik dan benar oleh seorang perawat

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

1) Tujuan Umum

Diketahuinya gambaran keperawatan pemenuhan kebutuan dasar aktivitas dan istirahat pada manusia

2) Tujuan Khusus

- a) Menjelaskan tentang pengertian kebutuhan dasar aktifitas dan latihan serta istirahat.
- b) Menjelaskan tentang pengkajian keperawatan pemenuhan kebutuan dasar aktivitas dan istirahat
- c) Menjelaskan tentang diagnosis diagnose yang meungkin muncul pada keperawatan pemenuhan kebutuan dasar aktivitas dan istirahat
- d) Menjelaskan tentang intervensi keperawatan pemenuhan kebutuan dasar aktivitas dan istirahat
- e) Menerangkan tentang implementasi keperawatan pemenuhan kebutuan dasar aktivitas dan istirahat
- f) Menerangkan tentang evaluasi keperawatan pemenuhan kebutuan dasar aktivitas dan istirahat
- g) Menjelaskan tentang cara ROM berdasarkan Evidance Based Practice in Nursing pada asuhan keperawatan pemenuhan kebutuan dasar aktivitas dan istirahat

Manfaat

- 1) Manfaat Teoritis, diharapkan penulisan ini dapat menjadi referensi dan dasar dalam praktik keperawatan sebagai proses pembelajaran dalam melakukan praktik keperawatan pemenuhan kebutuan dasar aktivitas dan istirahat
- 2) Manfaat Aplikatif, diharapkan buku ini dapat digunakan sebagai pedoman dalam pemenuhan kebutuhan dasar aktivitas dan istirahat dengan masalah gangguan mobilitas fisik di dilahan pelayanan.

Uraian materi

A. Konsep Teori Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat

1. Definisi

Aktivitas dan istirahat adalah merupakan suatu kebutuhan dasar manusia hidup, setiap individu mempunyai irama atau pola dalam melakukan aktivitas sendiri-sendiri, tanda individu dikatakan sehat salah-satunya yaitu adanya kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas seperti bekerja, personal hygiene, rekreasi, makan minum dan sebagainya (Kasiati dan Rosmalawati, 2016).

Kegiatan menggerakkan anggota tubuh atau aktifitas dapat membuat fisik menjadi lebih sehat dan bisa berpengaruh terhadap citra tubuh serta harga diri individu, namun demikian manusia itupun perlu istirahat, istirahat sendiri merupakan suatu keadaan tenang, santai, releks, bebas dari perasaan gelisah dan tanpa tekanan emosional (Kasiati dan Rosmalawati, 2016). Istirahat tidak hanya bermakna tidak melakukan suatu aktivitas sama sekali, istirahat dapat berupa bersantai untuk menenangkan diri dan melakukan hal untuk membebaskan diri dari sesuatu yang menyulitkan maupun membuat bosan, istirahat juga dapat membutuhkan ketegangan misalnya dengan berjalan di taman, menonton televisi dan lain-lain (Kasiati dan Rosmalawati, 2016).

Potter dan Perry (2012), mengatakan bahwa dalam istirahat terdapat enam karakteristik yaitu bebas dari gangguan ketidaknyamanan, merasa diterima, merasa bahwa segala sesuatu dapat diatasi, mengetahui apa yang sedang terjadi, memiliki beberapa kepuasaan mengenai kegiatan yang memiliki tujuan, mengetahui adanya pertolongan ketika membutuhkan. Sedangkan Kasiati dan Rosmalawati, (2016) menyampaikan bahwa kemampuan beraktivitas termasuk kebutuhan yang sepenuhnya diperlukan manusia, individu mampu beraktivitas dikarenakan adanya keadekuatan antara sistem muskuloskeletal maupun sistem persarafan. Pergerakan tubuh merupakan bagaimana menggunakan dengan efektif, aman dan terkoordinasi sehingga diperoleh keseimbangan ketika beraktivitas dan gerakan yang baik

Untuk mencegah terjadinya gangguan pada mekanik tubuh manusia perawat memiliki peran yang sangat penting khususnya untuk individu yang mengalami bed rest lama, cedera dan sebagainya, sebab kondisi tersebut dapat menimbulkan penurunan kekuatan otot, maka perawat perlu

memberikan latihan mekanik tubuh dengan tepat dan benar untuk pencegahan terjadinya komplikasi. Misalnya tekanan fisik, cedera, jatuh maupun dampak gangguan mobilisasi lainnya (Kasiati dan Rosmalawati, 2016).

Mobilisasi atau aktivitas yaitu kemampuan individu dalam bergerak dengan teratur, bebas serta mudah untuk memenuhi kebutuhan dasar aktivitas dalam menjaga kesehatannya (Haswita dan Sulistyawati, 2017). Namun Widuri, (2019) mengemukakan yang namanya mobilitas/mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup baik mandiri ataupun dengan alat bantu maupun bantuan orang lain.

Potter dan Perry, (2012) mengatakan bahwa mobilisasi merupakan prosedur yang kompleks serta memerlukan koordinasi yang adekuat antara sistem saraf serta muskuloskeletal. Tingkatan imobilisasi atau gangguan mobilitas dijelaskan sebagai berikut (Kasiati dan Rosmalawati, 2016):

- 1) Imobilisasi komplet merupakan immobilisasi pada individu dengan gangguan tingkat kesadaran.
- 2) Imobilisasi parsial merupakan immobilisasi yang dialami pada penderita fraktur
- 3) Imobilisasi disebabkan karena pengobatan merupakan immobilisasi pada pasien dengan gangguan pernafasan atau gangguan pada jantung, pada pasien bed rest total, pasien yang tidak diperbolehkan untuk mobilisasi dari tempat tidur.

2. Fisiologi Pergerakan

Situasi gerakan tubuh dipengaruhi oleh skeletal, otot skelet, dan sistem saraf, menurut Tarwoto dan Wartonah (2015), pergerakan adalah rangkaian antara sistem muskuloskeletal dan sistem persarafan, komponen sistem muskuloskeletal melibatkan tulang, tendon, otot, kartilago, ligamen, dan sendi (Asmadi, 2018).

- a. Tulang, merupakan jaringan dinamis yang terdiri dari tiga jenis sel yaitu osteosit, osteoblas, dan osteoklas, tulang memiliki fungsi sebagai: penunjang jaringan tubuh yang membentuk otot-otot tubuh, membantu pergerakan tubuh, pelindung organ tubuh yang lunak (misalnya jantung, otak, paru-paru, dan sebagainya), menunjang proses hematopoiesis atau memproduksi sel darah merah pada sumsum tulang dan menyimpan garam-garam mineral (misalnya kalsium)

- b. Otot, secara umum memiliki fungsi untuk kontraksi serta menghasilkan gerakan-gerakan. Otot memiliki 3 jenis yaitu otot polos, otot rangka, dan otot jantung, saraf tepi yang mempersarafi 3 jenis otot tersebut terdiri dari serabut motoris serta medula spinalis. Pada sistem skeletal otot rangka merupakan otot yang paling berperan dalam mekanik tubuh. Otot rangka berfungsi dalam membantu mempertahankan postur tubuh, pengontrolan gerakan serta menghasilkan panas.
- c. Tendon, tersusun dari jaringan fibrosa padat yang membungkus otot serta membentuk ujung otot dan merekat di tulang. Membran sinovial merupakan batas tendon yang berguna sebagai pelicin untuk memudahkan tendon untuk bergerak.
- d. Ligamen, merupakan kumpulan jaringan penyokong fibrosa yang lentur, kuat serta padat. Fungsi ligamen yaitu untuk menjaga kestabilan dan menghubungkan ujung persendian.
- e. Kartilago, tersusun dari serat yang terkandung di dalam suatu gel yang elastis namun kuat serta tidak memiliki pembuluh darah. Zat 9 makanan yang mencapai sel kartilago bersumber dari kapiler di perikondrium melalui proses difusi serta melalui cairan sinovial pada sel kartilago sendi.
- f. Sendi, menunjang terjadinya gerak tubuh sehingga lebih lentur, terdapat jenis persendian diantaranya sendi amfiartroses (terbatas hanya satu gerakan, misalnya tulang vertebrae), sendi diartroses (sendi yang bebas pergerakannya, misalnya sendi bahu dan sendi leher) dan sendi sinartroses (sendi yang tidak bergerak).

System muskuloskeletal yaitu otot, tendon, ligamen, tulang, sendi serta kartilago. Tulang berfungsi untuk membantu pergerakan dan menunjang jaringan tubuh. Otot memiliki fungsi dalam kontraksi, mempertahankan postur tubuh, membantu menghasilkan gerakan dan menghasilkan panas. Otot dipersarafi oleh saraf yang terdiri dari serabut motoris di medulla spinal. Medula otak misalnya korteks serebri kanan mengkoordinasi otot-otot anggota gerak kiri dan sebaliknya. Proses terjadinya kontraksi otot yaitu membran otot memuat myofibril, terjadi pelepasan asetikolin. Kemudian diretikulum sarkoplasma pintu kalsium melepaskan ion kalsium ke sitoplasma sel otot, selanjutnya akan berikatan troposin dan membuka binding sites, terbentuklah cross bridges atau jembatan silang diantara filamin aktin maupun miosin. Kemudian katalis enzim myosin-ATP ASE mengalami hidrolisis ATP menjadi ADP + P + energi, yang menyebabkan terjadinya kontraksi (Kasiati dan Rosmalawati, 2016).

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang dapat muncul pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik berdasarkan buku SDKI yaitu:

- a. Gejala dan tanda mayor Subjektif: mengeluh sulit menggerakan ekstremitas Objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- b. Gejala dan Tanda Minor Subjektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak Objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah (PPNI, 2017).

Kasiati dan Rosmalawati (2016), menyampaikan gejala yang dapat dialami seseorang yang mengalami hambatan istirahat dan tidur dapat berupa perasaan lelah, emosi, gelisah, apatis, kehitaman dan bengkak sekitar mata, mata perih, konjungtiva merah, tidak fokus dan sakit kepala.

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas dan Istirahat

Kasiati dan Rosmalawati (2016), mengutarakan terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi aktivitas atau mobilitas individu, antara lain:

- a. Tingkat perkembangan tubuh, usia seseorang berpengaruh terhadap sistem persarafan dan sistem musculoskeletal 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 dan istirahat.
- d. Status mental, individu dengan masalah mental umumnya tidak tertarik dalam melakukan aktivitas, serta tidak memiliki energi untuk 12 personal hygiene.
- e. Gaya hidup, individu dalam yang jarang melakukan aktivitas dengan baik dapat mengalami gangguan dalam pergerakan begitupun pula sebaliknya.

Sedangkan, untuk kebutuhan istirahat seperti tidur diatur oleh 2 sistem pada batang otak yang mempunyai sel khusus untuk menjaga kewaspadaan maupun kesadaran, memberikan rangsangan pendengaran, pengelihatan, perabaan termasuk nyeri, proses pikir maupun emosi, ketika

sadar RAS melepas katekolamin kemudian ketika tidur BSR akan mengalami pelepasan serum serotonin (Hidayat, 2011). Faktor yang dapat berpengaruh terhadap kuantitas dan kualitas kualitas tidur yaitu penyakit, lingkungan, latihan, stres emosional, gaya hidup, alkohol, motivasi serta medikasi seperti obat-obat tertentu (Kasiati dan Rosmalawati, 2016).

5. Macam-Macam Gangguan Yang Dapat Terjadi

Widuri, (2019) mengatakan bahwa gangguan pemenuhan kebutuhan akan aktivitas dapat berpengaruh ke sistem-sitem di tubuh, misalnya terjadi perubahan metabolisme tubuh, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, ketidakseimbangan 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.

- a. Perubahan metabolisme, secara umum imobilitas dapat mengganggu metabolisme tubuh atau menyebabkan kecepatan metabolisme menurun dalam tubuh, dikarenakan Basal Metabolism Rate (BMR) mengalami penurunan yang berdampak terhadap kurangnya energi. Imobilisasi dapat menimbulkan penurunan proses anabolisme serta katabolisme dapat meningkat, kondisi tersebut bisa berisiko mengalami gangguan metabolisme.
- b. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, dapat menimbulkan konsentrasi protein serum berkurang dan persediaan protein menurun 13 sehingga dapat mengganggu kebutuhan cairan tubuh. Selain itu, berkurangnya perpindahan cairan dari intravaskular ke interstisial dapat menimbulkan edema sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.
- c. Gangguan pengubahan zat gizi, karena menurunnya pemasukan protein dan kalori yang bisa menimbulkan pengubahan zat-zat makanan pada tingkat sel menurun dikarenakan sel tidak lagi menerima glukosa, lemak, asam amino serta oksigen dalam jumlah yang cukup untuk menjalankan aktivitas metabolisme.
- d. Gangguan fungsi gastrointestinal, imobilitas bisa menimbulkan penurunan hasil makanan yang dicerna, sehingga menimbulkan keluhan, seperti perut kembung, nyeri lambung dan mual yang dapat menyebabkan gangguan proses eliminasi. Menurut Kasiati dan Rosmalawati (2016), imobilisasi dapat menyebabkan gangguan fungsi

gastrointestinal seperti terjadinya konstipasi akibat mobilitas usus dan peristaltic menurun.

- e. Perubahan sistem pernapasan, dampak yang mungkin ditimbulkan dari imobilisasi adalah penumpukan secret akibat gravitasi, penurunan gerakan pernafasan dikarenakan pembatasan gerak, hilangnya kordinasi otot dan atelektasis
- f. Perubahan kardiovaskular, seperti meningkatnya kerja jantung, hipotensi ortostatik juga dapat menyebabkan pembentukan thrombus.
- g. Perubahan sistem muskuloskeletal
 - Gangguan muskular, menurunnya massa otot, penurunan kekuatan otot, fungsi kapasitas otot menurun dibuktikan dengan penurunan stabilitas, atropi pada otot.
 - Gangguan skeletal, seperti terjadinya kontraktur pada sendi dan osteoporosis dan nyeri sendi
- h. Perubahan sistem integument, berupa elastisitas kulit menurun akibat kurangnya sirkulasi darah serta menimbulkan luka dekubitus
- i. Perubahan eliminasi, seperti penurunan jumlah urine karena kurangnya asupan dan penurunan curah jantung sehingga aliran darah renal dan urine berkurang.
- j. Perubahan perilaku, seperti timbulnya rasa bermusuhan, cemas, bingung, depresi, emosional tinggi, menurunnya mekanisme coping serta perubahan siklus tidur dikarenakan selama imobilitas individu dapat mempengaruhi perubahan konsep diri maupun peran dan mengalami kecemasan.

Sedangkan Kasiati dan Rosmalawati, (2016) menyampaikan untuk pemenuhan kebutuhan istirahat terdapat beberapa gangguan yang umum terjadi seperti insomnia (kurangnya kualitas maupun kuantitas tidur), parasomnia (perilaku yang mengganggu tidur misalnya tidur berjalan dll), hipersomnia (berlebihan tidur), narkolepsi (gelombang kantuk yang tidak tertahan), apnea saat tidur dan mendengkur, enuresa (buang air kecil yang tidak sengaja saat tidur).

6. Penatalaksanaan

Dalam pelaksanaan keperawatan dengan gangguan mobilitas fisik Saputra (2013), mengatakan bahwa pasien ini dapat diberikan tindakan berupa:

- 1) Pengaturan posisi tubuh sesuai kebutuhan pasien, misalnya dengan miring kanan atau miring kiri, posisi Sims, fowler, litotomi, dorsal recumbent, genupectoral ataupun trendelenburg.
- 2) Melakukan kegiatan sehari-hari untuk melatih ketahanan, kekuatan, serta kemampuan sendi supaya mudah bergerak, serta meningkatkan fungsi kardiovaskular
- 3) Ambulasi dini, dapat bermanfaat untuk meningkatkan ketahanan dan kekuatan otot dan meningkatkan fungsi dari sistem kardiovaskular.
- 4) Latihan rentang gerak atau Range of Motion/ROM

Penatalaksanaan untuk gangguan istirahat dan tidur sendiri dapat diberikan tindakan berupa:

- 1) Kurangi distraksi lingkungan yang menyebabkan gangguan tidur
- 2) Bantu upaya tidur misalnya dengan minum susu sebelum tidur karena susu yang hangat menandung L-triptofan (untuk penginduksi tidur) atau mandi menggunakan air hangat karena dapat meimbulkan relaksasi

B. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data yang dilakukan oleh seorang perawat untuk mendapatkan informasi baik secara langsung maupun tidak langsung serta dilakukan secara cermat, pengkajian dapat berupa:

- a. 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.
- b. Perawat mengkaji riwayat tidur (pola tidur, gangguan tidur yang sering terjadi, kebiasaan, lingkungan tidur klien, status emosi maupun mental klien)
- c. Mengkaji gangguan tidur seperti insomnia, somnambulisme/tidur berjalan, enuresis/ mengompol, mendengkur, narkolepsi/kantuk berlebih dan sebagainya

- d. Kaji tingkat kelelahan seperti aktivitas yang menimbulkan lelah atau menghambat gerakan tubuh baik gejala, etiologi serta dampak gangguan pergerakan
- e. Riwayat keperawatan, Hidayat (2011), menyatakan bahwa masalah mobilitas atau immobilitas dapat dikaji terkait:
 - Riwayat keperawatan sekarang, meliputi alasan penyebab pasien mengalami keluhan dalam pergerakan.
 - Riwayat keperawatan penyakit yang pernah diderita, Pengkajian riwayat penyakit yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan mobilitas, misalnya adanya riwayat penyakit sistem neurologis, riwayat penyakit sistem muskuloskeletal, sistem pernafasan dan lain-lain.
- f. Pemeriksaan fisik Pemeriksaan fisik terkait istirahat dapat berupa mengkaji tingkat energi, mata merah, ciri-ciri wajah seperti kelopak mata sembab, ciriciri perilaku seperti semponyongan, mengusap-usap mata, lambat dalam berbicara, maupun penyebab potensial misalnya obesitas atau kegemukan, pernapasan dalam serta dangkal, deviasi septum serta tekanan darah rendah. 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 yang dijalaskan sebagai berikut:

Tabel XIV. 1 Tingkat Aktivitas/Mobilitas

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

(Sumber: Hidayat, 2011)

Tabel XIV. 2 Kekuatan Otot

Derajat	Skala	Fungsi (%)	Pengkajian Level Otot
5	Normal	100	Normal, kekuatan penuh/ROM aktif secara penuh, mampu menahan gravitasi dan tahanan
4	Baik	75	ROM penuh, mampu menahan gravitasi tetapi lemah bila diberi tahanan
3	Cukup	50	ROM penuh, otot secara aktif hanya mampu melawan gravitasi
2	Kurang	25	Otot mampu melawan gravitasi tetapi dengan bantuan (ROM pasif)
1	Buruk	10	Kontraksi otot terlihat dan terpalpasi
0	Nol	0	Tidak terdeteksi kontraksi otot dan pergerakan

(Sumber: Oktraningsih, 2017)

2. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang mungkin muncul berkaitan dengan kebutuhan aktivitas dan istirahat 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 (PPNI, 2017).

3. Perencanaan Keperawatan

PPNI (2018), berdasarkan Buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia pada masalah gangguan mobilitas fisik dapat diberikan intervensi utama: dukungan ambulasi dan dukungan mobilisasi serta intervensi pendukung berupa: dukungan kepatuhan program pengobatan, dukungan perawatan diri, dukungan perawatan diri BAB/BAK, dukungan perawatan diri berpakaian, dukungan perawatan diri makan/minum, dukungan perawatan diri mandi.

Pendekatan yang dapat diberikan berupa latihan fisik, edukasi teknik ambulasi, edukasi teknik transfer, konsultasi via telepon, latihan otogenik, manajemen energi, manajemen lingkungan, manajemen mood, manajemen nutrisi, manajemen nyeri, manajemen medikasi, manajemen

program latihan, manajemen sensasi perifer, pemantauan neurologis, pemberian obat, pemberian obat intravena, pembidaian, pencegahan jatuh, pencegahan luka tekan, pengaturan posisi, pengekangan fisik, perawatan kaki, perawatan sirkulasi, perawatan tirah baring, perawatan traksi, promosi berat badan, promosi kepatuhan program latihan, promosi latihan fisik, promosi latihan penguatan otot, teknik latihan pengatan sendi, terapi aktivitas, terapi pemijatan dan terapi relaksasi otot progresif.

Problem disorganisasi perilaku bayi dapat diberikan intervensi utama: perawatan bayi dan intervensi pendukung berupa: dukungan tidur, edukasi nutrisi bayi, edukasi orang tua fase bayi, konseling genetika, konseling laktasi, manajemen energi, manajemen lingkungan, manajemen nyeri, pemantauan neurologis, pemantauan nutrisi, pemantauan tanda vital, pemberian kesempatan menghisap pada bayi, pengaturan posisi, perawatan kanguru, perawatan sirkumsisi, promosi perlekatan, dan regulasi temperatur.

Masalah intoleransi aktivitas dapat diberikan intervensi utama: manajemen energi dan terapi aktivitas serta intervensi pendukung berupa: dukungan kepatuhan program pengobatan, dukungan ambulasi, dukungan pemeliharaan rumah, dukungan meditasi, dukungan spiritual, manajemen aritmia, manajemen lingkungan, manajemen medikasi, manajemen mood, dukungan perawatan diri dan lain-lain.

Masalah/ problem keperawatan berupa keletihan dapat diberikan intervensi utama berupa edukasi aktivitas/istirahat dan manajemen energi serta intervensi pendukung berupa dukungan kepatuhan program pengobatan, dukungan pengambilan keputusan, dukungan tidur, manajemen asma, manajemen demensia, manajemen kemoterapi, manajemen medikasi, manajemen lingkungan, manajemen mood, manajemen nutrisi, pemantauan tujuan bersama, promosi dukungan sosial, promosi coping, promosi latihan fisik, reduksi ansietas. Terapi aktivitas dan terapi relaksasi.

Masalah risiko disorganisasi perilaku bayi diberikan intervensi utama berupa: edukasi keamanan bayi dan perawatan bayi serta intervensi pendukung: edukasi nutrisi, edukasi nurisi bayi, edukasi orang tua fase bayi, edukasi perkembangan bayi, edukasi stimulasi bayi/anak, identifikasi risiko, konseling nutrisi, manajemen lingkungan, manajemen kenyamanan lingkungan, manajemen nyeri, pemantauan neurologis, pemantauan nutrisi, pemantauan respirasi, pemantauan tanda vital, pemberian kesempatan

menghisap pada bayi, pengarturan posisi, perawatan kanguru, perawatan sirkumsisi, regulasi temperatur.skrining perkembangan bayi dan balita dan surveilens.

Masalah risiko intoleransi aktivitas diberikan intervensi utama berupa: manajemen energi dan promosi latihan fisik, intervensi pendukung lainnya berupa: dukungan perawatan diri, dukungan tidur, edukasi aktivitas/istirahat, edukasi latihan fisik, identifikasi risiko, latihan pernapasan, manajemen alat pacu jantung permanen, manajemen medikasi, manajemen nutrisi, manajemen nyeri, pemantauan respirasi, pemantauan tanda vital pengaturan posisi, promosi berat badan, rehabilitasi jantung, surveilens, terapi aktivitas dan terapi oksigen.

Masalah gangguan pola tidur diberikan intervensi utama berupa: dukungan tidur dan edukasi aktivitas/istirahat serta intervensi pendukung seperti: dukungan kepatuhan program pengobatan, dukungan meditasi, dukungan perawatan diri: BAB/BAK, fisioterapi gangguan mood/tidur, Latihan otogenik, manajemen demensia, manajemen energi, menejemen lingkungan, manajemen medikasi, manajemen nutrisi, manajemen nyeri, manajemen penggantian hormon, pemberian obat oral, pengaturan posisi, promosi coping, promosi latihan fisik, reduksi ansietas, teknik menenangkan, terapi aktivitas, terapi music, terapi pemijatan, terapi relaksasi, terapi relaksasi otot progresif.

Kesiapan peningkatan tidur diberikan intervensi utama berupa: dukungan tidur, edukasi aktivitas/istirahat dan intervensi pendukung berupa manajemen demensia, manajemen energi, manajemen lingkungan, manajemen medikasi, pengaturan posisi, promosi kesadaran diri, promosi coping, promosi Latihan fisik, reduksi ansitas, Teknik imajinasi terbimbing, terapi akupuntur, terapi murrotal, terapi music, terapi pemijatan dan terapi relaksasi otot progresif.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah proses dimana perawat melaksanakan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan serta mendokumentasikan tindakan khusus yang dilakukan untuk penatalaksanaan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Annsisyah, (2020), mengatakan bahwa dalam implementasi memerlukan kreativitas serta fleksibelitas, sebelum dilakukan implementasi perlu untuk memahami rasional dari implementasi yang diberikan. Implementasi terbagi menjadi 3 tahap,

- Tahap pertama yaitu persiapan terkait pengetahuan mengenai validasi rencana serta persiapan pasien ataupun keluarga.
- Tahap kedua berfokus pada tindakan keperawatan yang berlandaskan dari tujuan yang ditetapkan.
- Tahap ketiga yaitu perawat melakukan transmisi pada pasien setelah tindakan keperawatan diberikan.

5. Evaluasi

Tarwoto dan Wartonah, (2015) menguraikan bahwa yang dinamakan evaluasi adalah tahap terakhir di proses keperawatan. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif, evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan ketika tindakan berlangsung dan evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan ketika tindakan berakhir (Deswani, 2011). 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.

Gangguan mobilitas fisik dalam mengadakan evaluasi 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). Kriteria hasil masalah disorganisasi perilaku bayi yaitu gerakan pada ekstremitas meningkat, kemampuan jari-jari menggenggam meningkat, gerakan terkoordinasi meningkat, respon normal terhadap stimulus sensorik meningkat, menangis meningkat, mampu berespon kejut meningkat, iritabilitas meningkat, refleks meningkat, tonus motorik meningkat, saturasi meningkat, gelisah menurun, tremor menurun, tersentak menurun, aritmia

menurun, bradikardi menurun, takikardi menurun, kemampuan menyusu membaik, warna kulit membaik.

Kriteria/ Standar hasil masalah intoleransi aktivitas yaitu frekuensi nadi meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktifitas menurun, saturasi oksigen meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, dispnea setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, aritmia saat aktivitas menurun dan lain-lain (PPNI, 2019). Sedangkan kriteria hasil masalah keletihan yaitu verbalisasi kepulihan energi meningkat, tenaga meningkat, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, motivasi meningkat, verbalisasi lelah menurun, lesu menurun, gangguan konsentrasi menurun, sakit kepala menurun, sakit tenggorokan menurun, mengi menurun, sianosis menurun, gelisah menurun, frekuensi napas menurun, perasaan bersalah menurun, selera makan membaik, pola napas membaik, libido membaik, pola istirahat membaik.

Tetapi kalau kriteria hasil masalah risiko disorganisasi perilaku bayi yaitu gerakan pada ekstremitas meningkat, kemampuan jari-jari menggenggam meningkat, gerakan terkoordinasi meningkat, respon normal terhadap stimulus sensorik meningkat, menangis meningkat, mampu berespon kejut meningkat, irritabilitas meningkat, refleks meningkat, tonus motorik meningkat, saturasi meningkat, gelisah menurun, tremor menurun, tersentak menurun, aritmia menurun, bradikardi menurun, takikardi menurun, kemampuan menyusu membaik, warna kulit membaik. Lain halnya kalau kriteria hasil masalah risiko intoleransi aktivitas yaitu frekuensi nadi meningkat, dispnea saat beraktifitas menurun, perasaan lemah menurun, saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, aritmia saat aktivitas menurun, aritmia setelah aktivitas menurun, sianosis menurun, warna kulit mambaik dan lain-lain. Kriteria hasil masalah gangguan pola tidur dan kesiapan peningkatan tidur yaitu keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, kemampuan beraktivitas meningkat (PPNI, 2019).

C. Pendekatan Teori Keperawatan yang Digunakan

1. Konsep Utama Model Adaptasi Keperawatan Sister Callista Roy

Risnah dan Muhammad (2021), mengatakan terdapat 4 konsep pokok berdasarkan konsep Roy:

- a. Manusia, Roy berpendapat dimana manusia merupakan suatu sistem yang adaptif, suatu kesatuan yang mempunyai input, kendali, output serta proses timbal balik yang dideskripsikan dengan holistik.
- b. Lingkungan, digambarkan seperti dunia di luar maupun di dalam manusia yang termasuk sebagai input untuk manusia sebagai suatu sistem adaptif.
- c. Kesehatan, merupakan suatu keadaan serta proses menjadi manusia secara utuh dan terintegrasi secara keseluruhan tanpa hambatan untuk mengejar sekali lagi atau kepentingannya sendiri.
- d. Keperawatan, merupakan suatu ilmu maupun praktek, melakukan observasi, mengaitkan proses yang dapat berpengaruh secara positif terhadap kesehatan.

Roy memiliki pandangan atau keyakinan berupa:

- a. Manusia merupakan makhluk bio-psiko-sosial yang terus berinteraksi dengan lingkungannya.
- b. Sistem adaptasi mempunyai 4 model adaptasi yaitu: fungsi fisiologis, endokrin serta neurologis.
- c. Untuk mencapai keadaan homeostatis individu perlu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi

Tahun 1964, Roy kemudian mengembangkan model adaptasi keperawatan yang diyakini berupa:

- a. Individu merupakan makhluk biologis, psikologis dan sosial sebagai suatu kesatuan yang utuh
- b. Setiap individu akan berespon terhadap kebutuhan fisiologis, tingkat kemandirian, konsep diri yang positif serta kemampuan secara optimal dalam melakukan peran ataupun fungsi dalam memelihara integritas diri.
- c. Individu akan berada dalam rentang sehat-sakit yang berkaitan dengan keefektifan coping dalam mempertahankan kemampuan adaptasi.
- d. Setiap individu selalu menggunakan coping, baik bersifat positif maupun negatif agar bisa beradaptasi

Roy berpendapat respons yang dapat menimbulkan integritas tubuh menurun dapat menyebabkan individu memerlukan sejumlah kebutuhan. Roy memiliki konsep mengenai manusia berupa individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat merupakan suatu sistem adaptasi yang holistik. Roy memiliki pendapat terhadap manusia secara utuh yakni sebagai suatu kesatuan yang hidup dengan stabil serta akan terus interaksi dengan lingkungan.

2. Hubungan Teori Roy dengan Studi Kasus

Roy mengemukakan bahwa untuk mencapai suatu hemeostatis/terintegrasi, seseorang harus beradaptasi sesuai dengan perubahan yang terjadi (Risnah dan Muhammad, 2021). Individu yang menderita stroke salah-satunya mengalami perubahan terhadap penurunan kemampuan untuk keseimbangan tubuh dan penurunan kekuatan otot (Henny, 2018). Hal ini dapat mengganggu kemampuan dan aktivitas individu (Syahrim dkk, 2019). Untuk itu individu perlu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi dalam memenuhi kebutuhannya.

Pemenuhan kebutuhan dasar aktivitas dan istirahat yang dipaparkan Roy, salah-satunya yaitu dengan memberikan latihan ROM. ROM merupakan latihan atau terapi pemulihan dengan tujuan 26 mempertahankan atau meningkatkan fleksibilitas sendi serta meningkatkan kekuatan otot, dengan itu klien mampu memenuhi aktivitas baik secara mandiri maupun dengan bantuan yang minimal walaupun terdapat keterbatasan fisik. Klien dapat memakai semua sumber daya yang dimilikinya misalnya memanfaatkan anggota gerak separuhnya yang masih berfungsi baik, bantuan keluarga agar tubuhnya berfungsi seperti semula dan bantuan alat untuk berjalan. Latihan ROM bermanfaat untuk meningkatkan kemandirian atau dalam artian dapat mengurangi ketergantungan klien agar klien mandiri. Sehingga latihan ROM ini dapat dihubungkan dengan teori adaptasi Roy. Pada penyakit seperti stroke klien dapat mengalami kelemahan otot maupun kelumpuhan yang menimbulkan gangguan mobilitas fisik dan klien juga mengalami hambatan dalam perawatan diri maupun dalam beraktivitas (Syahrim dkk, 2019).

D. Evidence Based Practice in Nursing

1. Pengetian

Latihan Range of Motion merupakan latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Chairil, 2017). Sedangkan Widiarti (2016), berpendapat terdapat dua jenis latihan ROM yaitu ROM aktif dan pasif, ROM aktif adalah pasien menggunakan ototnya untuk melakukan gerakan secara mandiri sedangkan, ROM pasif adalah latihan yang dilakukan dengan bantuan orang lain, ROM pasif dilakukan karena pasien belum mampu menggerakkan anggota badan secara mandiri (Anggriani, 2018).

2. Tujuan

- a. Mempertahankan atau memelihara fleksibilitas dan kekuatan otot
- b. Memelihara mobilitas persendian
- c. Melancarkan sirkulasi darah
- d. Mencegah kelainan bentuk,kekakuan, dan kontraktur
- e. Mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan
- f. Memenuhi kebutuhan aktivitas
- g. Mengidentifikasi adanya keterbatasan gerak (Hidayati dkk, 2014; Anggriani, 2018).

3. Indikasi

- a. Klien yang mempunyai keterbatasan mobilitas sendi karena penyakit
- b. Klien yang tidak mampu melakukan mobilisasi karena trauma (Primagiasih, 2019).

4. Kontraindikasi

- a. Terapi ROM tidak dapat diberikan jika gerakannya dapat mengganggu proses penyembuhan cedera
- b. ROM tidak boleh dilakukan jika respon dan kondisi pasien membahayakan keselamatan, seperti kondisi operasi arteri koronaria ataupun kondisi pasca infark miokard (Kisner dan Allen, 2017).

5. Prosedur Pemberian dan Rasionalisasi

- a. Prosedur pemberian latihan ROM pasif Tahap Persiapan
 - Memberikan Salam, memperkenalkan diri, mengidentifikasi pasien dengan cermat

- Menjelaskan terkait prosedur tindakan yang akan diberikan, serta berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya kemudian menjawab seluruh pertanyaan klien
 - Mengatur posisi klien agar merasa nyaman dan aman
 - Melakukan pengukuran Tanda-Tanda Vital (TTV)
- b. Tahap kerja a. Fleksi bahu
- Letakan tangan kiri perawat di atas siku klien selanjutnya tangan klien dipegang menggunakan tangan kanan perawat
 - Tangan klien diangkat ke atas dari sisi tubuh
 - Tangan digerakan secara perlahan dan lembut ke arah kepala sejauh mungkin
 - Letakan tangan di bawah kepala kemudian tahan agar menghindari dorongan fleksi, tekuk tangan dan siku
 - Lengan diangkat ke atas dan kembali ke posisi semula
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali.
- c. Abduksi dan adduksi bahu
- Letakan tangan kiri perawat di atas siku klien dan pegang tangan klien dengan menggunakan tangan kanan
 - Mempertahankan posisi tersebut, lalu menggerakkan lengan dalam keadaan lurus sejauh mungkin dari tubuh
 - Tekukan dan gerakan lengan secara perlahan ke atas kepala sejauh mungkin
 - Kembalikan ke posisi semula
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali
- d. Rotasi interna dan ekstrena bahu
- Letakan lengan pasien di titik jauh dari tubuh, tekukan siku, kemudian pegang lengan atas, tempatkan pada bantal
 - Angkat lengan serta tangan
 - Gerakan lengan ke bawah serta tangan secara perlahan ke belakang sejauh mungkin
 - Lengan dikembalikan ke posisi semula
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali
- e. Penyilangan adduksi bahu
- Letakan tangan kiri perawat di bawah siku kemudian memegang tangan klien dengan tangan kanan perawat
 - Mengangkat lengan klien

- Memposisi lengan setinggi bahu, gerakan tangan menyilang kepala sejauh mungkin
 - Lengan dikembalikan ke posisi semula
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga 3 kali
- f. Supinasi dan pronasi lengan
- Posisi awal: pegang tangan klien menggunakan kedua tangan, telunjuk perawat berada pada telapak tangan dan kedua ibu jari berada di punggung tangan
 - Tekukan telapak tangan klien menghadap wajah klien
 - Tekuk telapak tangan bagian punggung ke wajah klien
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali
- g. Ekstensi dan fleksi pergelangan tangan dan jari
- Memgang pergelangan tangan klien menggunakan satu tangan klien dan tangan klien bergenggaman dengan tangan perawat
 - Tekukan punggung tangan ke belakang sembari memperhatikan posisi jari lurus
 - Kemudian tangan diluruskan
 - Tekukan tangan ke depan sembari menutup jari-jari membentuk genggaman lalu buka tangan
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali
- h. Fleksi dan ekstensi ibu jari
- Memegang tangan klien, tekukan ibu jari ke dalam telapak tangan klien
 - Dorong ibu jari ke arah belakang di titik terjauh dari telapak tangan klien
 - Gerakan ibu jari klien memutar/sirkulasi pada satu lingkaran, mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali
- i. Fleksi dan ekstensi panggul dan lutut
- Letakan salah-satu tangan perawat di bawah lutut, kemudian menggerakan tungkai ke belakang sejauh mungkin
 - Lutut kemudian diluruskan di atas permukaan kaki, kembalikan ke posisi semula
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali
- j. Rotasi interna dan eksterna panggul
- Satu tangan perawat diletakan di bawah lutut klien dan tangan lainnya di atas tumit kaki klien

- Angkat tungkai serta tekuk membentuk sudut yang besar di atas lutut
 - Memegang lutut dan kaki klien dan dorong ke hadapan perawat
 - Menggerakkan kaki ke posisi semula
 - Dorong kaki sejauh mungkin dari perawat lalu kembalikan ke posisi semula
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali
- k. Abduksi dan adduksi panggul
- Letakan satu tangan perawat di bawah lutut klien, kemudian tangan lain letakan di bawah tumit
 - Pegang tungkai dalam kondisi lurus, angkat ke atas setinggi 5 cm dari tempat tidur
 - Tarik kaki ke arah luar kehadapan perawat
 - Tungkai didorong ke belakang serta kembalikan ke posisi semula
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali
- l. Dorso dan plantar fleksi pergelangan kaki
- Tumit klien dipegang dengan tangan perawat dan membiarkan istirahat pada tangan perawat
 - Tekan lengan perawat pada telapak kaki, gerakkan menghadap tungkai
 - Tangan perawat dipindahkan ke posisi semula
 - Tangan dipindahkan ke ujung kaki dan bagian bawah kaki, kaki didorong ke bawah pada titik maksimal secara bersamaan, lalu dorong kembali ke atas pada tumit
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali
- m. Eversi dan inversi kaki
- Kaki diputar satu persatu ke luar
 - Kemudian kembalikan ke dalam
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali
- n. Ekstensi dan fleksi jari-jari kaki
- Ujung jari kaki tarik ke atas
 - Kemudian dorong ujung-ujung jari ke bawah
 - Mengulangi latihan kurang lebih hingga tiga kali

Tahap Terminasi

- i. Melakukan evaluasi hasil latihan range of motion
 - ii. Memberikan anjuran kepada klien untuk mengulang Gerakan yang telah diajarkan
 - iii. Pamit dengan klien
 - iv. Dokumentasi ke dalam catatan keperawatan tindakan maupun respon klien (Nurhayati, 2018).
- o. Rasionalisasi

Tindakan dan Latihan range of motion baik dilakukan secara pasif maupun aktif dapat membuat kekuatan otot meningkat disebabkan dengan latihan bisa memberikan stimulus yang menyebabkan aktivitas kimiawi neuromuskular dan muscular meningkat. Stimulus neuromuskular dapat meningkatkan stimulus khususnya saraf parasimpatis di serat saraf otot ekstremitas yang menstimulus untuk menghasilkan asetilcholin yang dapat meningkatkan kontraksi otot. Sedangkan pada muskulus khususnya pada otot polos ekstremitas dapat menyebabkan metabolisme meningkat pada metakondria yang kemudian dapat meningkatkan ATP untuk dimanfaatkan otot ekstremitas sebagai energi untuk kontraksi serta meningkatkan tonus otot polos ekstremitas (Syahrim dkk, 2019).

6. Kriteria Evaluasi

Setiap tindakan seorang perawat harus sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang berlaku, sehingga diharapkan tindakan tersebut dapat berhasil secara optimal. Untuk mengetahui keberhasilan tersebut, maka Irawati, (2019) memberikan standar evaluasi sebagai berikut:

- a. Klien mampu melakukan mobilisasi dari satu sisi ke sisi yang lain sembari berbaring (miring kanan, miring kiri, terlentang)
- b. Klien mampu menjaga kekuatan otot
- c. Klien mampu menjaga dengan baik postur tubuh ketika berbaring
- d. Rentang gerak tampak sendi meningkat
- e. Klien tampak mampu mengubah posisi.

E. Daftar Pustaka

- Angriani, Nurul Aini, Sulaiman. (2020). Efektivitas Latihan Range of Motion pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Siti Hajar. *Journal of Health Technology and Medicine*. Vol 6(2).
- Anggriani, Zulkarnian, Sulaimani, Roni Gunawan. (2018). Pengaruh ROM (Range of Motion) Terhadap Kekuatan
- Anisyah. (2020). Asuhan Keperawatan Terapi Latihan pada Pasien Stroke di Ruang Stroke RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu.
- Asmadi. (2018). Konsep dan Aplikasi Kedutuhan Dasar Klien. Jakarta: Salemba Medika.
- Chairil, Wiwik Norlita, Juli Widiyanto, Tri Siwi KN, Maswarni, Pratiwi Gasril. (2017). (IbM) dengan Metode Gerakan Persendian Range of Motion (ROM) Aplikasi Keterampilan Tangan Bagi Lansia Preventif Reumatoid Arthritis di PSTW. *Jurnal Untukmu Negeri*. Vol 1(1).
- Deswani. (2011). Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis. Jakarta: Salemba Medika.
- Direja, Ade Herman Surya. (2017). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa Cetakan ke-2. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Halimatusyadiah, Evi Melia, Supriyanto. (2019). Pengetahuan Tentang Range of Motion (ROM) pada Pasien Stroke di Poliklinik Saraf RSAU Dr. M. Salamun. *Jurnal Kesehatan Aeromedika-Poltekkes TNI AU Ciumbuleuit Bandung*. Vol 5(1).
- Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas. *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*. Vol 10(1).
- Haswita, & Sulistyawati, R. (2017). Kebutuhan Dasa Manusia. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Henny. (2018). Pengaruh Range of Motion pada Ekstremitas Bawah Terhadap Keseimbangan Berjalan pada Pasien Pasca Stroke di RS. Stella Maris Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. Vol 12(3).
- Hidayat. (2011). Pengantar Buku Kesehatan Anak Untuk Pendidikan. Jakarta: IDAI.
- Hidayat. (2019). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Afabeta.
- Hidayati, Ratna dkk. (2014). Praktik Laboratorium Keperawatan Jilid 1. Jakarta: Erlangga.
- Hosseini, Zahra-Sadat, Hamid Peyrovi, Mahmoodreza Gohari. (2019). The Effect of EarlyPassice Range of Motion Exercise on Motor Function of People with Stroke: a Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences* 2019. Vol 8(1).
- Irawati. (2019). Asuhan Keperawatan Klien Stroke pada NY. S dan Tn. R dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang. Universitas Jember.
- Kasiati dan Ni Wayan Dwi Rosmalawai. (2016). Kebutuhan Dasar Manusia 1. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kemenag RI. (2011). al-Quran dan

- Tafsirnya, Jilid VI. Jakarta: Widya Cahaya. Kemenag RI. (2012). Kesehatan dalam Perspektif al-Qur'an dan Sain. Jakarta: Lajnah Pentashihan Mushaf al-Qur'an.
- Kisner dan Allen. (2017). Terapi Latihan: Dasar dan Teknik. Jakarta: EGC.
- Lingga, Elmiana Bongga, Karolina Alfani, Martiana Lembang. (2018). Hubungan Activiy Daily Living (ADL) dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RSUP. DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Journal Diagnosis Ilmiah Kesehatan. Vol 12(6).
- Muntaha, Yusuf. (2012). Hubungan Sikap Perawat Terhadap Pelaksanaan Range of Motion (ROM) pada Pasien Stroke di RS. PMI Bogor Tahun 2012.
- Nurhayati, Desy. (2018). Pengaruh Latihan Range of Motion (ROM) Terhadap Activity Daily Living (ADL) Pasien Post Stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi. Stikes Bhakti Husada Madiun.
- Oktraningsih, Ling. (2017). Gambaran Kekuatan Otot Pasien Stroke yang Immobilisasi di RSUP H. Adam Malik Medan. Universitas Sumatra Utara.
- Paramitha, Dewi Setya, Muhammad Andrea Noorhamdi. (2021). Range of Motion Exercise as Intervention of Nursing Diagnose of Impaired Physical Mobility to Non-Hemorrhagic Stroke Patient. Journal of Nursing and Health Education. Vol 1(1).
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta:
- DPP PPNI. PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta:
- DPP PPNI. PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta:
- DPP PPNI. Pongantung, Henny, Sr Anita Sampe JMJ, Sianimpar Dilsen Melchi. (2018). Pengaruh Range of Motion pada Ekstremitas Bawah Terhadap Keseimbangan Berjalan pada Pasien Pasca Stroke di RS. Stella Maris Makassar. Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis. Vol 12(3).
- Potter dan Perry. (2012). Fundamental Of Nursing Buku 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Primagiasih, Eling. (2019). Penerapan Prosedur Range of Motion (ROM) pada Pasien Lansia Pasca Stroke di Desa Pakis Putih & Rowocacing Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan. Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
- Risnaw dan Muhammad Irwan. (2021). Falsafah dan Teori Keperawatan dalam Integrasi Keilmuan. Gowa: Alauddin University Press.
- Saputra, L. (2013). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Saputra dan Perry. (2013). Gangguan Ekstremitas pada Klien Stroke dan Fraktur di RSUD Powerkerto. Setiawan H, Nantia Khaerunnisa R, Ariyanto H, Fitriani A, Anisa Firdaus F, Nugraha D. Yoga Meningkatkan Kualitas Hidup pada Pasien Kanker Literatur Review. J Holist Nurs Sci. Vol 8(1).

- Syahrim, Wahdaniyah Eka Pratiwi, Maria Ulfa Azhar, Risnah. (2019). Efektifitas Latihan ROM Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot pada Pasien Stroke: Study Systematic Review. Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia. Vol 2(3).
- Syikir M, Rusman, Andi, Ratnawati. (2018). Pengaruh Range of Motion (ROM) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot pada Pasien Stroke di Ruang Perawatan RSUD Polewali Mandar. Bina Generasi: Jurnal Kesehatan. Vol. 10(3).
- Tarwoto dan Wartonah. (2015). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 4. Jakarta:
- Tedjasukmana. Teli, Margareta. (2018). Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas. Kupang: Lima Bintang. Uda, Hermina Desiane Hastini, Muflih, Thomas Aquino Erjinyuare Amogo. (2016). Latihan Range of Motion Berpengaruh Terhadap Mobilitas Fisik pada Lansia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Unit Abiyoso Yogyakarta. Journal Ners and Midwifery Indonesia. Vol 4(3).
- Rahmadani, Elsi dan Handi Rustandi. (2019). Analisa Peningkatan Kekuatan Otot pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Hemiparese melalui Latihan Range of Motion (ROM) Pasif di RSUD Curup Bengkulu. Prosiding Seminar Nasional Teknologi Komputer dan Sains 2019.
- Riskesdas. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Vural, S. P. et al. (2016) 'the Effects of Mirror Therapy in Stroke Patients with Complex Regional Pain Syndrome Type 1: A Randomized Controlled Study'. Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation. Elsevier Ltd, 97(4).
- WHO. (2018). Stroke Statistic. Website: <http://www.strokecenter.org/patients/about-stroke/stroke-statistic/>.
- Widiarti. (2016). Buku Ajar Pengukuran dan Pemeriksaan Fisioterapi. Yogyakarta: Deepublis.
- Widuri. (2019). Kebutuhan Dasar Manusia (Aspek Mobilitas dan Istirahat Tidur). Yogyakarta: Gosyen Publishing.

BAB 15

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KDM ISTIRAHAT DAN TIDUR

Mintje M.Nendissa. S.Pd., S.Kep.M.Kes.

Pendahuluan

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan fisiologis dan merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Istirahat merupakan keadaan rileks tanpa adanya tekanan emosional, bukan berarti dalam keadaan tidak beraktivitas tetapi lebih cenderung pada kondisi yang membutuhkan ketenangan. Adapun karakteristik istirahat antara lain merasakan bahwa segala sesuatu dapat diatasi, merasa diterima, mengerahui apa yang sedang terjadi, bebas dari gangguan ketidaknyamanan, memiliki kepuasan terhadap aktivitas yang memiliki tujuan serta mengetahui adanya bantuan saat diperlukan. (Kementerian Kesehatan RI. 2016)

Kesempatan untuk istirahat dan tidur sama pentingnya dgn kebutuhan makan, aktivitas maupun kebutuhan dasar lainnya. Dengan tercukupnya kebutuhan istirahat dan tidur maka seseorang akan merasa diterima dan mendapatkan kepuasan sehingga mampu dalam melakukan berbagai aktifitas sesuai dengan kebutuhannya.

Bab ini berisi tentang pemenuhan kebutuhan dasar istirahat dan tidur yang dapat menjadi referensi bagi mahasiswa keperawatan, dosen keperawatan dan praktisi pelayanan keperawatan atau pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, melalui pendekatan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI), standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Dengan Mempelajari buku ini, pembaca akan memperoleh pengetahuan tentang ; 1) Konsep istirahat dan tidur 2) Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur dengan pendekatan SDKI, SLKI dan SIKI.

Uraian secara inti dalam bab ini terbagi dalam dua kategori utama yaitu konsep pemenuhan kebutuhan. Istirahat dan tidur dan konsep asuhan keperawatan kebutuhan istirahat dan tidur dengan pendekatan SDKI,SLKI,dan SIKI. Untuk konsep pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur terdiri dari fisiologi tidur, faktor yang mempengaruhi kuantitas dan kualitas tidur,dan gangguan tidur. Untuk pembahasan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur. Terdiri dari

pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan dan implementasi dan evaluasi.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan instruksional; Setelah mempelajari bab ini, diharapkan dapat memahami konsep istirahat dan tidur dan konsep asuhan keperawatannya.

Capaian Pembelajaran

1. Menjelaskan konsep kebutuhan istirahat dan tidur
2. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan kebutuhan istirahat dan tidur dengan menggunakan pendekatan SDKI,SLKI dan SIKI

Uraian materi

A. Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur

1. Definisi

Istirahat adalah suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar. Tidur adalah suatu keadaan relatif tanpa sadar yang penuh ketenangan tanpa kegiatan yang merupakan urutan siklus yang berulang – ulang dan masing – masing menyatakan fase kegiatan otak dan badaniah yang berbeda

Fisiologi Tidur

Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua system pada batang otak, yaitu: *Reticular Activating System* (RAS) dan *Bulbar Synchronizing Region* (BSR). RAS di bagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran, memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensori raba serta emosi dan proses berfikir. Pada saat sadar, RAS melepaskan katekolamin, sedangkan pada saat tidur terjadi pelepasan serum serotonin dari BSR.

Pada dasarnya waktu tidur manusia memiliki am bioloqis atau bioritme yang diatur oleh RAS dan BSR serta disesuaikan dengan faktor lingkungan, Bentuk bioritme yang pa-ling umum adalah ritme sirkardian yang melengkapi siklus selama 24 jam. Dalam hal ini, kestabilan denyut jantung, tekanan darah, suhu, produksi hormon, metabolisme dan penampilan serta perasaan individu bergantung pada ritme atau irama sirkardiannya. Irama sirkardian mengakibatkan adanya pola tidur dan pola terjaga. Hal ini terjadi karena pola tersebut mengikuti iam biologis manusia di-mana pada saat ritme fisiologis paling tinggi mengakibat-kan kondisi teriaga dan pada saat ritme fisioloqis terendah mengakibatkan kondisi tertidur (Vaughans, 2013).

Dalam prosesnya, tidur dibagi menjadi dua yaitu tidur ge-lombang lambat atau non rapid eye movement (NREM) dan tidur paradoks atau rapid eye movement (REM).

2. Faktor Yang Mempengaruhi Kuantitas dan Kualitas Tidur

a. Penyakit

Perubahan kondisi tubuh dapat mempengaruhi kebutuhan tidur seseorang. Kondisi tubuh yang tidak sehat meningkatkan kebutuhan tidur. Misalnya seseorang yang mengalami penyakit infeksi

- membutuhkan lebih banyak tidur agar dapat menghemat energi tubuhnya.
- b. Latihan dan kelelahan
Keletihan akibat kegiatan yang padat dapat memerlukan lebih banyak tidur untuk meniaga keseimbangan energi yang telah dikeluarkan. Sehingga orang yang telah beraktivitas akan mengalami lelah.
 - c. Stress psikologis
Seseorang yang mengalami tekanan secara psikologis akan mengalami kegelisahan dan sulit untuk tertidur.
 - d. Obat-Obat juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi proses tidur, antara lain: jenis obat diuretik, an-tidepresan, golongan narkotik, beta blocker, dan kafein.
 - e. Motivasi
Keinginan untuk tetap terjaga terkadang dapat menutupi perasaan lelah seseorang. Sebaliknya, perasaan bosan atau tidak adanya motivasi untuk terjaga sering kali dapat mendatangkan kantuk.
 - f. Lingkungan
Keadaan lingkungan yang aman dan nyaman bagi seseorang dapat mempercepat terjadinya proses tidur.
 - g. Motivasi
Motivasi merupakan suatu dorongan atau keinginan seseorang untuk tidur, yang dapat mempengaruhi proses tidur. Selain itu, adanya keinginan untuk menahan tidak tidur dapat menimbulkan gangguan proses tidur.

3. Gangguan Tidur

a. Insomnia

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

Ada tiga jenis insomnia:

- 1) Insomnia inisial: Kesulitan untuk memulai tidur.
- 2) Insomnia intermiten: Kesulitan untuk tetap tertidur karena seringnya terjaga.

- 3) Insomnia terminal: Bangun terlalu dini dan sulit untuk tidur kembali.

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 (misalnya: membaca, mendengarkan musik, dan tidur jika benar-benar mengantuk).

b. Parasomnia

Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Gangguan ini umum terjadi pada anak-anak. Beberapa turunan parasomnia antara lain sering terjaga (misalnya: tidur berjalan, *night terror*), gangguan transisi bangun-tidur. (misalnya: mengigau), parasomnia yang terkait dengan tidur REM (misalnya: mimpi buruk), dan lainnya (misalnya: bruksisme).

c. Hipersomnia

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur yang berkelebihan terutama pada siang hari. Gangguan ini dapat disebabkan oleh kondisi tertentu, seperti kerusakan sistem saraf, gangguan pada hati atau ginjal, atau karena gangguan metabolisme (misalnya: hipertiroidisme).

d. Narkolepsia

Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tak tertahankan yang muncul secara tiba-tiba pada siang hari. Gangguan ini disebut juga sebagai "serangan tidur" atau *sleep attack*. Penyebab pastinya belum diketahui. Alternatif pencegahannya adalah dengan obat-obatan, seperti: amfetamin atau metilpenidase, hidroklorida, atau dengan antidepressan seperti imipramin hidroklorida.

e. Apnea saat tidur dan mendengkur

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

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

f. Eunresa

Enuresa merupakan buang air kecil yang tidak disengaja pada waktu tidur, atau biasa disebut isilah mengompol. Enuresa dibagi menjadi dua jenis: enuresa nokturnal: merupakan amengompol di waktu tidur, dan enuresa diurnal, mengompol saat bangun tidur.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Kebutuhan Istirahat dan Tidur

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dalam menyusun asuhan keperawatan. Proses keperawatan yang pertama ini memerlukan kemampuan dalam berpikir kritis pada tahapan pengumpulan data yang melibatkan seluruh panca indra dan dibantu oleh metode IPPA (Rukmi, et al., 2022). Tahap pengkajian yang sesuai dengan kebutuhan Istirahat dan Tidur klien meliputi Riwayat tidur, catatan tentang tidur, pemeriksaan fisik, serta tinjauan hasil pemeriksaan diagnostic/penunjang (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

2. Riwayat Tidur

Tahap pengkajian terkait Riwayat tidur klien, secara umum dilaksanakan segera setelah klien memasuki fasilitas Kesehatan/MRS. Perawat dimungkinkan akan menggabungkan tentang kebutuhan klien dengan kebiasaan tidur yang biasanya klien lakukan sebelum masuk Rumah sakit (SMRS) dalam perencanaan kegiatan perawatan klien yang bersangkutan. Adapun hal yang terkait dengan Riwayat tidur klien sebagai berikut:

1. Pola kebiasaan tidur
2. Ritual sebelum tidur
3. Penggunaan obat tidur atau obat-obatan lainnya
4. Lingkungan tidur
5. Perubahan terkini pada pola tidur
6. Kuantitas (lama tidur) dan kualitas (tingkat kedalaman tidur) waktu tidur
7. Kebiasaan saat tidur
8. Asupan dan stimulan
9. Hambatan tidur
10. Aktivitas sebelum tidur

Informasi tambahan selain yang telah disebutkan, kaji terkait masalah yang ditemui pada klien terkait pola tidur, penyebabnya,waktu munculnya masalah tidur yang dirasakan klien, frekuensi munculnya masalah tidur klien, pengaruhnya terhadap keseharian klien, kemampuan klien dalam melakukan coping dengan adanya masalah tersebut.

3. Catatan tentang Tidur

Catatan tentang tidur klien dapat menjadi informasi yang bermanfaat bagi perawat dalam mendalami masalah tidur yang sedang dialami oleh klien. Catatan tentang tidur klien mencerminkan pola tidur yang sering dilakukan oleh klien serta mendeteksi adanya gejala gangguan pola tidur klien. Cakupan dari catatan tentang tidur klien meliputi;

1. Jumlah total jam tidur per hari klien (termasuk tidur siang dan malam)
2. Aktivitas yang dilakukan menjelang tidur (jenis, durasi, dan waktu kegiatan)
3. Kebiasaan/ritual sebelum tidur klien (seperti; makan, minum, mandi, olahraga atau beribadah)
4. Waktu tidur klien (pergi tidur, mencoba memulai tidur, tertidur, terjaga saat tidur,durasinya, bangun tidur di pagi hari
5. Masalah yang diyakini oleh klien dapat mempengaruhi tidurnya
6. Faktor yang mempengaruhi tidur klien, baik positif atau negative (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

4. Gejala Klinis

Gejala Klinis Subjektif

1. Klien mengeluh sulit tidur
2. Klien mengeluh sering terjaga
3. Klien mengeluh tidak puas tidur
4. Klien mengeluh pola tidur berubah
5. Klien mengeluh istirahat tidak cukup
6. Klien mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (SDKI DPP PPNI, 2017)

Gejala Klinis Objektif

1. Jumlah waktu tidur tidak sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan (berkurang)
2. Gelisah

3. Rasa kantuk berlebih
4. Penurunan konsentrasi
5. Sering menguap
6. Sakit kepala
7. Mudah emosi
8. Kemerahan pada konjungtiva
9. Kehitaman pada area sekitar mata (SDKI DPP PPNI, 2017)

C. Pemeriksaan Fisik

Pengkajian dengan menggunakan pendekatan pemeriksaan fisik meliputi observasi penampilan klien, perilaku serta tingkat energi yang digunakan saat beraktivitas (Kuncoro, 2022). Aspek yang dapat diamati pada item penampilan antara lain; kehitaman pada area bawah mata, konjungtiva merah, kelopak mata bengkak, mata merah dan berair, dan lain-lain. Kemudian, penilaian terkait item perilaku meliputi; focus perhatian menurun, kurang konsentrasi, gelisah, menguap berulang, dan lain-lain. Unsur yang terkait tingkat energi dapat terlihat pada klien yang mengalami masalah tidur yakni kelelahan, kelemahan atau letargi karena kekurangan energi.

1. Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang

Penegakan diagnosis pada klien yang mengalami masalah tidur dapat dilakukan dengan menggunakan alat yang disebut polisomnografi. Polisomnografi (PSG/ disebut juga oksimetri nokturnal) merupakan pemeriksaan yang digunakan untuk mendiagnosis gangguan tidur (McCullar, et al., 2022). Pemeriksaan ini bertujuan untuk merekam aktivitas selama klien tidur di malam hari, dengan pengamatan gelombang otak, kadar oksigen dalam darah, denyut jantung, frekuensi pernafasan serta pergerakan kaki dan mata klien (Zhang, et al., 2022). Hasil yang diperoleh dengan menggunakan polisomnografi adalah penilaian terkait tahapan tidur dan siklusnya untuk mengidentifikasi gangguan masalah tidur dan penyebabnya (Bhushan, Maddalozzo, Johnston, Yasuda, & Billings, 2022).

2. Penetapan Diagnosis

Diagnosa keperawatan merupakan unsur vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai derajat kesehatan yang optimal (SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada klien yang mengalami masalah tidur meliputi gangguan pola tidur dan kesiapan peningkatan tidur. Masalah tidur yang dialami klien

dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor penyebab, diantaranya adalah ketidaknyamanan fisik/nyeri/kolik, kecemasan berlebih, gangguan pada paru-paru, kehamilan, kondisi pasca operasi. Perbedaan karakteristik dan kemampuan coping setiap individu dapat berpengaruh pada munculnya gejala klinis. Gangguan pola tidur dapat menjadi etiologi bagi diagnosis keperawatan yang lainnya, seperti Gangguan Rasa Nyaman, Nyeri Akut, Nyeri Kronis, Ansietas, Berduka, Harga Diri Rendah Kronis, Keputusasaan, Sindrom Pasca Trauma (SDKI DPP PPNI, 2017).

Masalah 1: Keletihan (PPNI, 2017)

a Definisi

Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.

b Penyebab

- 1) Gangguan tidur.
- 2) Gaya hidup tidak bervariasi.
- 3) Kondisi fisiologis (misalnya: Kehamilan, penyakit kronis dan lain-lain).
- 4) Rencana perawatan atau pengobatan jangka panjang.
- 5) Berduka disfungsional.
- 6) Stres berlebihan.
- 7) Depresi.

c Gejala dan tanda mayor

- 1) Subjektif: kelelahan meski telah tidur, kurang beren-erqi.
- 2) Objektif: tidak mampu melakukan ADL dengan baik atau tampak lesu.

d Gejala dan tanda minor

- 1) Subjektif : menyalahkan diri sendiri karena merasa tidak bertanggung jawab
- 2) Objektif : kebutuhan istirahat meningkat

e Kondisi Klinis terkait

- 1) Anemia.
- 2) Kanker.
- 3) Hipotiroidisme/Hipertiroidisme.
- 4) AIDS.
- 5) Depresi.
- 6) Menopause.

Masalah 2: Gangguan pola tidur (PPNI, 2017)

a. Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat ^[1]faktor eksternal.

b. Penyebab

- 1) Faktor lingkungan (misalnya: Temperature, pencahayaan kebisingan dil).
- 2) Kurangnya kontrol tidur.
- 3) Kurangnya kebebasan pribadi.
- 4) *Restraint* fisik.
- 5) Tidur sendiri.
- 6) Asing dengan kondisi kamar tidur.

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif: keluhan susah tidur, sering terbangun, tidur tidak puas, pola tidur berubah, dan istirahat tidak cu-kup.

d. Gejala dan tanda minor^[1] Subjektif: mengeluh kemampuan beraktivitas menu-run.

e. 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.

Intervensi

- a. Kaji masalah yang menyebabkan gangguan tidur (Nyeri, takut, stress, ansietas, imobilitas, sering berkemih, lingkungan yang asing, temperatur).
- b. Kurangi atau hilangkan distraksi lingkungan dan gangguan tidur (bising: tutup pintu kamar, turunkan volume TV).
- c. Bantu upaya tidur dengan menggunakan alat bantu tidur (mis., air hangat untuk mandi, minum susu sebelum tidur).
- d. Memberikan informasi dasar dalam menentukan rencana perawatan. e. Lingkungan yang tenang dapat mengurangi gangguan tidur.
- e. Mandi air hangat sebelum tidur dapat meningkatkan relaksasi. Sedangkan minum susu hangat mengandung L-triptofan (penginduksi tidur).

D. Perencanaan dan Implementasi

Perencanaan Keperawatan merupakan perumusan dan menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan perawat untuk menangani masalah yang dihadapi oleh klien sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan yang diharapkan (Basri, Utami, & Mulyadi, 2020). Komponen dari rencana keperawatan meliputi tujuan, kriteria hasil, rencana Tindakan keperawatan dengan menyesuaikan urutan OMEK (Observasi, Tindakan mandiri/terapeutik, edukasi, dan kolaborasi) (Siregar, et al., 2021). Sedangkan implementasi merupakan tahap pelaksanaan berdasarkan perencanaan keperawatan untuk mencapai tujuan atau hasil yang diharapkan.

Tindakan keperawatan pada klien dengan masalah tidur berfokus pada Tindakan terapeutik/Tindakan mandiri seorang perawat sebagai upaya mengurangi gejala klinis yang muncul pada klien. Tindakan keperawatan yang dapat digunakan dalam mengurangi masalah tidur yang dialami oleh klien dengan masalah tidur meliputi terapi relaksasi otot progresif, terapi benson, terapi menggunakan aromaterapi (lavender, lemon, dll), terapi musik (musik klasik, music mozart), (SDKI DPP PPNI, 2017). Salah satu penerapan Tindakan keperawatan dengan terapi murotal dengan mendengarkan lantunan ayat-ayat al-qur'an dapat mengurangi rasa sakit, stress, menurunkan tekanan darah dan mampu mengatasi masalah insomnia (Ernawati, Hariati, Idris, & Rispawat, 2022).

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dalam proses penyusunan asuhan keperawatan. (Proses ini menilai tingkat keberhasilan dalam pelaksanaan Tindakan keperawatan pada klien. Penilaian dalam tahap ini disesuaikan dengan kriteria keberhasilan yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan/rencana intervensi keperawatan, juga dengan tujuan dan efektifitas proses keperawatan dari tahap pengkajian sampai implementasi keperawatan/pelaksanaan Tindakan (Kurniati, 2019). Evaluasi pada klien dengan masalah tidur berarti menekankan pada tingkat keadekuatan dalam kualitas dan kuantitas tidur klien. Hal ini menunjukkan perbaikan/berkurang/meningkatnya dari gejala klinis yang muncul pada klien diantaranya keluhan susah tidur, sering terjaga, tidak puas tidur, pola tidur berubah, istirahat tidak cukup berkurang serta peningkatan kemampuan beraktivitas (SDKI DPP PPNI, 2017).

F. Latihan

1. Perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur, disebut ?
 - A. Parasomnia
 - B. Hipersomnia
 - C. Insomnia
 - D. Narkolepsi
 - E. Enuresa
2. Perilaku pada pertanyaan no 1 diderita oleh
 - A. anak-anak
 - B. remaja
 - C. dewasa muda
 - D. dewasa tengah
 - E. lanjut usia
3. Pasien yang mengalami hipersomnia adalah pasien dengan penyakit, *kecuali*
 - A. hipotiroidisme
 - B. hipertiroidisme
 - C. CKD
 - D. Sirosis
 - E. hepatitis

G. Rangkuman Materi

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, tubuh baru dapat berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur sendiri memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Tidur adalah suatu keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu. Jika orang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya telah pulih kembali. Secara umum, istirahat berarti suatu keadaan tenang, releks, santai, tanpa tekanan emosional, dan bebas dari perasaan gelisah. Tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur dikarakteristikkan dengan aktivitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, perubahan proses fisiologis tubuh, dan penurunan respons terhadap stimulus eksternal. Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua sistem pada batang otak, yaitu *Reticular Activating System* (RAS) dan *Bulbar Synchronizing Region* (BSR). RAS di bagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran, memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensori raba, serta emosi dan proses berfikir. Tahapan tidur, yaitu non-rapid eye movement (NREM) dan rapid eye movement (REM).

Faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur, di antaranya adalah penyakit, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stress emosional, stimulan dan alkohol, diet, merokok, dan motivasi. Gangguan dalam tidur dapat berupa insomnia, parasomnia, hipersomnia, narkolepsi dan apnea. Adanya gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur dapat memberikan dampak negative terhadap fungsi organ dan metabolisme tubuh manusia, olehnya itu perawat mempunyai peran dan fungsi yang penting dalam membantu pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur melalui asuhan keperawatan yang komprehensif dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

H. Daftar Pustaka

1. Basri, B., Utami, T., & Mulyadi, E. (2020). Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan. Bandung: Media Sains Indonesia.
2. Bhushan, B., Maddalozzo, J., Johnston, D., Yasuda, M., & Billings, K. (2022, May 25). Metabolic Variables and The Severity of Obstructive Sleep Apnea in Non-Obese Children. *Sleep Research Society*, pp. A239- A241.
3. Ernawati, Hariati, K., Idris, N. A., & Rispawat, B. H. (2022). pengaruh Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Kualitas Tidur Pada Lansia di Dusun Pohdana Gerung Utara, Kecamatan Gerung, Kabupaten Lombok Barat. *JURNAL ILMIAH KESIHATAN PENCERAH*, 51-58.
4. Kementerian Kesehatan RI. (2016). Modul Kebutuhan Dasar Manusia I ; Edisi 2, Yogyakarta ; Pusdik SDM Kemenkes.
5. Kuncoro, J. d. (2022). Buku Ajar Blok Muskuloskeletal-Aspek Ortopedi. Surabaya: Airlangga University Press.
6. Kurniati, D. (2019). Implementasi dan Evaluasi Keperawatan. INA-Rxiv, 1-6.
7. McCullar, K., Barker, D., McGahey, J., saletin, J., Caroline, G. A., & Carskadon, M. (2022, May 25). Pre-Sleep Breath Alcohol Concentrations (psBrAC) and Sleep Polysomnography (PSG). *Sleep Research Society*, A100-A101.
8. Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar 2. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
9. Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). Buku Ajar: Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika.
10. Ndode, Y. N., Ardiyani, V. M., & Yasin, D. D. (2018). Pengaruh Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Kualitas Tidur Pada Pasien Post Operasi Di Rumah Sakit Baptis Batu. *Journal Nursing News*, 31-37.
11. Rukmi, D. K., Dewi, S. U., Pertami, S. B., Nia, A. A., Carolina, Y., Wasilah, H., Lubna, S. (2022). Metodologi Proses Asuhan Keperawatan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
12. SDKI DPP PPNI, T. P. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
13. Siregar, D., Pakpahan, M., Togatorop, L. B., Manurung, E. I., Sitanggang, Y. F., Sihombing, R. M., Mukhoirotin. (2021). Pengantar Proses Keperawatan: Konsep, Teori dan Aplikasi. Medan: Yayasan Kita Menulis.
14. Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Standar Diagnosis keperawatan Indonesia, Defenisi dan indicator Diagnosis, Edisi 1 Cetakan II, Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI
15. Vaughans, B. W. (2013). Keperawatan Dasar. Yogyakarta: Rapha Publishing.

BAB 16

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KDM: MANAJEMEN NYERI

Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.

Pendahuluan

Kebutuhan rasa nyaman merupakan salah satu dari kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi, apabila tidak terpenuhi akan menyebabkan gangguan dan akan mengakibatkan aktifitas atau kegiatan lainnya ikut terganggu. Dalam BAB ini akan dibahas salah satu kebutuhan dasar manusia tentang manajemen nyeri, supaya rasa nyaman terpenuhi. Kebutuhan rasa nyaman seseorang akan menyebabkan terganggunya kebutuhan dasar lainnya seperti kebutuhan istirahat tidur, aktivitas, nutrisi dan lainnya akan ikut terganggu. Sehingga kebutuhan manajemen nyeri ini harus terpenuhi supaya seseorang merasakan hidup sehat. Dalam bab ini akan dibahas tentang kebutuhan dasar manusia manajemen nyeri supaya kebutuhan rasa nyaman terpenuhi, mulai dari konsep dasar nyeri sampai proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Tujuan penulisan bab ini adalah membantu mahasiswa dan perawat untuk memahami konsep nyeri dan menerapkan dalam proses keperawatan dengan gangguan nyeri.

Sasaran pembaca buku adalah siswa keperawatan, mahasiswa keperawatan baik vokasi maupun akademik dan perawat. Diharapkan para pengguna buku ini aktif belajar dan mencari sumber tambahan serta menerapkan pada pasien.

Pembaca setelah membaca dan memahami materi serta mencari sumber tambahan, diharapkan akan mampu mengerjakan latihan sebagai alat ukur bahwa pembaca sudah memahami isi dari bab ini.

Bab ini berisi beberapa sub topik bahasan yaitu definisi nyeri, penyebab nyeri, teori nyeri, fisiologi nyeri, klasifikasi nyeri, skala pengukuran nyeri, faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri, *Evidence Based Practice In Nursing*, asuhan keperawatan kebutuhan dasar manusia: manajemen nyeri

Pembaca dalam memperlajari bab ini supaya lebih mudah untuk memahami maka disarankan kolaborasi dengan pengampu mata kuliah terkait.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Memahami konsep kebutuhan dasar manusia dalam memenuhi nyeri.

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan definisi nyeri
2. Mampu menjelaskan penyebab nyeri
3. Mampu menjelaskan teori nyeri
4. Mampu menjelaskan fisiologi nyeri
5. Mampu menjelaskan klasifikasi nyeri
6. Mampu menjelaskan skala pengukuran nyeri
7. Mampu menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri
8. Mampu menjelaskan *Evidence Based Practice In Nursing*
9. Mampu menjelaskan dan menerapkan asuhan keperawatan kebutuhan dasar manusia: manajemen nyeri.

Uraian materi

A. Definisi Nyeri

Nyeri adalah sensasi pribadi yang kompleks, unik, universal akibat stimulus tertentu yang menyebabkan ketidaknyamanan seseorang yang bersifat subjektif (Ardiansyah, 2022).

Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan yang secara emosional dan sensual berhubungan dengan kerusakan jaringan dan adanya faktor lain yang membuat seseorang menderita dan merasa tertekan, yaitu aktivitas psikologis sehari-hari atau mempengaruhi orang lain (Andina & Fitriana, 2017).

Nyeri adalah lebih dari satu sensasi atau suatu keadaan berupa ketidaknyamanan yang sangat subjektif yang disebabkan oleh stimulus tertentu (Hidayat, 2012)

Definsi nyeri menurut para ahli dalam Ardiansyah, (2022): menurut Arthur C Curton (1983), Nyeri adalah mekanisme pembangkitan tubuh yang terjadi ketika jaringan rusak dan mendorong individu untuk bereaksi menghilangkan rangsangan nyeri, menurut Mc. Coffery (1979) Nyeri adalah sebagai suatu kondisi yang mempengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut mengalaminya. Nyeri merupakan emosi yang dapat menimbulkan tekanan atau ketegangan fisik dan mental Wofl Weitzel Fuerst (1974), sedangkan menurut Scrumum, Nyeri didefinisikan sebagai stimulus fisik atau ketidaknyamanan dari serabut saraf tubuh ke otak, diikuti oleh respon fisik, fisiologis, dan emosional.

B. Penyebab Nyeri

1. Trauma

a. Mekanik

Rasa nyeri timbul akibat ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan, misalnya akibat benturan, gesekan, luka, dan lain-lain.

b. Panas

Nyeri timbul karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, misalnya karena api dan air.

c. Kimia

Timbul karena kontak dengan zat kimia yang bersifat asam atau basa kuat.

d. Elektrik

Timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar.

2. Neoplasma atau tumor

Tumor adalah massa atau pertumbuhan jaringan abnormal yang tidak memiliki tujuan tertentu, ada 2 jenis tumor

a. Jinak: Tumor jinak terdiri dari sel-sel yang tidak mengancam untuk menyerang jaringan lain

b. Ganas: Tumor ganas terbuat dari sel kanker yang dapat tumbuh tak terkendali dan menyerang jaringan di sekitarnya.

3. Peradangan

Nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan, misalnya : abses

4. Trauma Psikologi

Nyeri yang disebabkan psikologis merupakan nyeri yang dirasakan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap psikis.

C. Teori Nyeri

1. Teori Spesivitas (*Specificity Theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor nyeri yang spesifik melalui jalur neuroanatomik tertentu kepusat nyeri di otak (Andarmoyo, 2013). Teori spesivitas ini tidak menunjukkan karakteristik multidimensi dari nyeri, teori ini hanya melihat nyeri secara sederhana yakni paparan biologis tanpa melihat variasi dari efek psikologis individu (Andina & Fitriana, 2017)

2. Teori Pola (*Pattern theory*)

Teori pola diperkenalkan oleh Goldscheider pada tahun 1989, teori ini menjelaskan bahwa nyeri di sebabkan oleh berbagai reseptor sensori yang di rangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat dari stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari implus saraf (Andarmoyo, 2013). Pada sejumlah *causalgia*, nyeri pantom dan neuralgia, teori pola ini bertujuan untuk menimbulkan rangsangan yang kuat yang mengakibatkan berkembangnya gaung secara terus menerus pas *spinal cord* sehingga saraf trasamisi nyeri bersifat hypersensitif yang mana rangsangan dengan intensitas rendah dapat menghasilkan trasamisi nyeri (lewis, 1983 dalam Andarmoyo, 2013).

3. Teori Pengontrol Nyeri (*Theory Gate Control*)

Teori gate control dari Melzack dan wall (1965) menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur dan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat, dimana impuls nyeri dihantarkan saatm sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tubuh tertutup (Andarmoyo, 2013)

4. Endogenous Opiat Theory

Teori ini dikembangkan oleh Avron Goldstein, ia mengemukakan bahwa terdapat substansi seperti opiat yang terjadi selama alami didalam tubuh, substansi ini disebut endorphine (Andarmoyo, 2013)

Endorphine mempengaruhi trasmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri. Endorphine kemungkinan bertindak sebagai neurotransmitter maupun meuromodulator yang menghambat trasmisi dari pesan nyeri (Andarmoyo, 2013).

D. Fisiologi Nyeri

Proses fisiologis yang berhubungan dengan nyeri disebut nosiseptif. Proses ini terdiri dari 4 langkah:

1. Transduksi

Selama fase ini, satu atau lebih rangsangan berbahaya (misalnya, kimia, termal, listrik, atau mekanik) memicu pelepasan mediator biokimia yang peka reseptor.

2. Transmisi

Tahap transmisi nyeri terdiri dari tiga bagian. Pada bagian pertama, rasa sakit menyebar dari serabut saraf perifer ke sumsum tulang belakang. Ada dua jenis serat nosiseptor yang terlibat dalam proses ini: serat C, yang mengirimkan nyeri tumpul dan nyeri, dan serat A delta, yang mengirimkan rasa sakit yang tajam dan terlokalisir. Bagian kedua adalah transmisi nyeri dari sumsum tulang belakang ke batang otak dan talamus melalui saluran (spinothalamic tract (STT). STT adalah sistem identifikasi yang mengirimkan informasi tentang jenis dan lokasi stimulus ke talamus. Pada bagian ketiga, sinyal diteruskan ke korteks somatosensori, di mana rasa sakit dirasakan. Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respons otonom dan limbik.

3. Persepsi

Pada tahap ini, seseorang mulai memperhatikan rasa sakit. Persepsi nyeri

terjadi pada struktur korteks dan tampaknya memungkinkan munculnya berbagai respon kognitif-perilaku untuk menurunkan komponen sensorik dan emosional nyeri.

4. Modulasi

Fase ini juga dikenal sebagai "sistem urutan menurun". Pada tahap ini, neuron di batang otak mengirim sinyal kembali ke sumsum tulang belakang. Serabut desendens ini melepaskan zat seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang menghalangi impuls ascendens yang berbahaya di bagian dorsal medula spinalis.

E. Klasifikasi Nyeri

1. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo, 2010).

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu, nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (McCaffery, 1986). Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan, karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan padapenyebabnya. Jadi nyeri ini biasanya dikaitkan dengan kerusakan jaringan (Guyton & Hall, 2008). Nyeri kronik mengakibatkan supresi sistem imun yang dapat meningkatkan pertumbuhan tumor, depresi, dan ketidakmampuan (Prasetyo, 2010).

2. Klasifikasi Nyeri berdasarkan Asal

a. Nyeri Nosiseptif

Nosiseptif berasal dari kata "**noxiuous/harmful nature**" dan dalam hal ini ujung saraf nosiseptif, menerima informasi tentang stimulus yang mampu merusak jaringan. Nyeri nosiseptif bersifat tajam, dan berdenyut (Potter Perry, 2005). Nyeri nosiseptif merupakan nyeri

yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus noxious(Andarmoyo, 2013).

b. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri ini lebih sulit diobati (Andarmoyo, 2013). Nyeri Neuropatik mengarah pada disfungsi di luar sel saraf. Nyeri neuropatik terasa seperti terbakar, kesemutan dan hipersensitif terhadap sentuhan atau dingin. Nyeri spesifik terdiri atas beberapa macam, antara lain nyeri somatik, nyeri yang umumnya bersumber dari kulit dan jaringan di bawah kulit (**superficial**) pada otot dan tulang. Macam lainnya adalah nyeri menjalar (**referred pain**) yaitu nyeri yang dirasakan di bagian tubuh yang jauh letaknya dari jaringan yang menyebabkan rasa nyeri, biasanya dari cedera organ visceral. Sedangkan nyeri visceral adalah nyeri yang berasal dari bermacam-macam organ viscera dalam abdomen dan dada (Guyton & Hall, 2008).

3. Klasifikasi Nyeri berdasarkan Lokasi

a. Supervisial atau kutan

Nyeri Supervisial adalah nyeri yang disebabkan stimulus kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan berlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam (Potter dan Perry, 2006 dalam Andarmoyo, (2013)). Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

b. Viseral Dalam

Nyeri visceral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal (Potter dan Perry, 2006 dalam (Andarmoyo, 2013)). Nyeri ini bersifat difusi dan dapat menyebar kebeberapa arah. Nyeri ini menimbulkan rasa tidak menyenangkan dan berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. Contohnya sensasi pukul (**crushing**) seperti angina pectoris dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung.

c. Nyeri Alih (**Referred Pain**)

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri visceral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Karakteristik nyeri dapat terasa dibagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik (Potter dan Perry, 2006 dalam

Andarmoyo, (2013)). Contohnya nyeri yang terjadi pada *infark miokard*, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, batu empedu, yang mengalihkan nyeri ke selangkangan.

d. Radiasi

Nyeri radiasi merupakan sensi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulistyo, 2013). Karakteristik nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang kebagian tubuh. Contoh nyeri punggung bagian bawah akibat diskusi interavertebral yang rupture disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

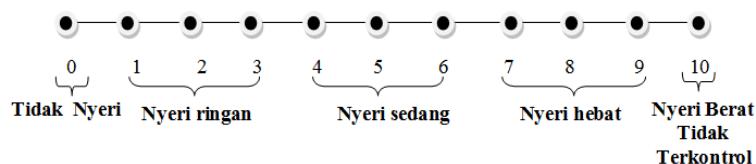
F. Pengukuran Skala Nyeri

Intensitas atau skala nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2013). Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri, walaupun pengukuran dengan pendekatan objektif juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007 dalam Andarmoyo, 2013).

Alat yang dapat digunakan untuk mengukur derajat atau beratnya nyeri yang dialami oleh seorang individu antara lain:

1. Skala deskriptif verbal

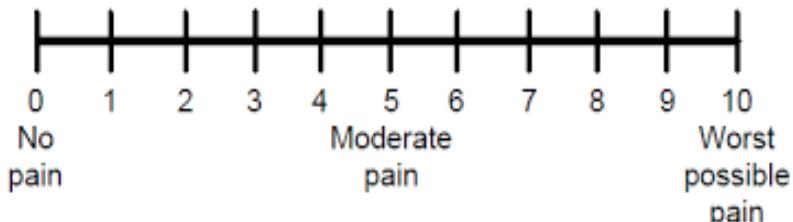
Skala deskriptif verbal atau *Verbal Descriptor Scale* (VDS) adalah ukuran keparahan yang lebih objektif. Skala deskripsi linguistik ini terdiri dari baris yang terdiri dari satu kalimat deskriptif dari nyeri yang tidak nyeri hingga nyeri yang sangat tidak terkendali.



Gambar 16.1 Skala Deskriptif Verbal

2. Skala Numerik

Skala penilaian numeric (**Numerical rating scale, NRS**) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi



Gambar 16.2 Skala Numerik

3. Skala Analog Visual

Skala analog visual atau *Visual Analog Scale* (VAS) adalah pengukuran linier intensitas nyeri terus menerus dengan alat penjelas verbal di kedua ujungnya. Pengukuran skala analog visual memberi pasien bebas untuk mengidentifikasi tingkat nyeri yang mereka alami.

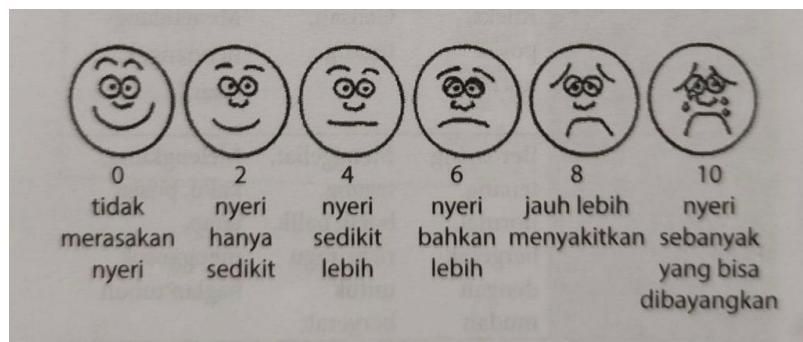


Gambar 16.3 Skala Analog Visual

4. Skala Wajah Wong-Baker

Pengukuran skala wajah mengharuskan pasien untuk memilih gambar wajah yang sesuai dengan persepsi nyeri mereka. Kemudian, skor numerik diberikan untuk pilihan ini. Skala wajah WongBaker menggunakan enam wajah kartun yang mewakili wajah tersenyum, sedih, dan menangis. Setiap kartun wajah diberi skor dari 0 hingga 5. Penilaian Skala nyeri dari kiri dan kanan :

- 1) Wajah Pertama : sangat senang karena tidak merasa sakit sama sekali
- 2) Wajah Kedua : Sakit hanya sedikit
- 3) Wajah Ketiga : Sedikit lebih sakit
- 4) Wajah Keempat : Jauh lebih sakit
- 5) Wajah Kelima : Jauh sangat lebih sakit
- 6) Wajah Keenam : Luar biasa sangat sakit sampai menangis



Gambar 16.4 Skala Wajah Wong-Baker

5. Skala Intensitas Nyeri dari FLACC

Skala FLACC merupakan alat pengkajian nyeri yang dapat digunakan pada pasien yang secara non verbal yang tidak dapat melaporkan nyerinya.

Tabel 16.1 Skala Intensitas Nyeri dari FLACC

Kategori	Skor		
Muka	0 Tidak ada ekspresi atau senyuman tertentu, tidak mencari perhatian	1 Wajah cemberut, dahi mengkerut, menyendiri	2 Sering dahi tidak konstan, rahang menegang, dagu gemetar
Kaki	Tidak ada posisi atau Rileks	Gelisah, resah dan menegang	Menendang
Aktivitas	Berbaring, posisi normal, mudah bergerak	Menggeliat, menaikkan punggung dan maju, menegang	Menekuk, kaku atau menghentak
Menangis	Tidak menangis	Merintih atau merengek, kadang-kadang mengeluh	Menangis keras, sedu-sedan, sering mengeluh
Hiburan	Rileks	Kadang-kadang hati tenram dengan sentuhan, memeluk, berbicara untuk mengalihkan perhatian	Kesulitan untuk menghibur atau kenyamanan
Total Skor	0 – 10		

Intensitas nyeri dibedakan menjadi lima dengan menggunakan skala numerik yaitu :

- 1) 0 : Tidak Nyeri
- 2) 1-2 : Nyeri Ringan
- 3) 3-5 : Nyeri Sedang
- 4) 6-7 : Nyeri Berat
- 5) 8-10 : Nyeri yang tidak tertahankan

G. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri (Potter & Perry, 2006) adalah :

1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Kemampuan klien lansia untuk menginterpretasikan nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit disertai gejala samar-samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama.

2. Jenis kelamin

Jenis kelamin secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin. Misalnya, menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

3. Kebudayaan

Kebudayaan, keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.

4. Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman sebelumnya, pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Keletihan dapat meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah mengalami suatu periode tidur yang lelap dibandingkan pada akhir yang melalahkan (Haswita & Sulistyowati, 2017).

5. Kelelahan

Keletihan dapat meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap dibandingkan pada akhir yang melelahkan.

6. Makna nyeri

Persepsi nyeri berbeda-beda pada setiap orang. Apa arti rasa sakit bagi seseorang mempengaruhi respons mereka terhadap rasa sakit. Jika pengalaman dimaknai negatif, maka rasa sakit yang dirasakan akan lebih parah daripada rasa sakit yang dirasakan dalam situasi positif.

7. Perhatian

Sejauh mana klien memperhatikan nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

8. Ansietas

Hubungan antara rasa sakit dan ketakutan adalah kompleks. Ketakutan sering meningkatkan persepsi rasa sakit, tetapi rasa sakit juga dapat menyebabkan kecemasan. Pola rangsangan otonom sama untuk rasa sakit dan ketakutan. Kecemasan yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mengalihkan perhatian pasien dan mengurangi persepsinya tentang nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan rasa sakit adalah dengan memberikan obat penghilang rasa sakit sebagai pengganti kecemasan.

9. Gaya coping

Mekanisme coping individu memiliki dampak yang signifikan pada bagaimana setiap orang menghadapi rasa sakit. Ketika seseorang merasakan sakit dan dirawat di rumah sakit, itu sangat tidak bisa ditoleransi. Klien terus-menerus kehilangan kendali dan kehilangan kendali terhadap lingkungan yang menyakitkan. Klien sering menemukan cara untuk mengatasi efek fisik dan psikologis dari nyeri. Penting untuk memahami penyebab manajemen nyeri individu

10. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon rasa sakit adalah kehadiran orang yang dicintai. Orang yang merasakan nyeri sering kali mengandalkan keluarga mereka untuk mendapatkan dukungan, atau perlindungan. Rasa sakit dapat diperburuk tanpa kerabat dan teman. Kehadiran orang tua merupakan hal khusus yang penting bagi seorang

anak untuk menghadapi rasa sakitnya. Lingkungan yang tidak biasa, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas tingkat tinggi di area tersebut dapat memperburuk rasa sakit. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang yang dicintai merupakan salah satu faktor kunci yang mempengaruhi persepsi individu tentang nyeri.

H. Evidence Based Practice In Nursing

1. Pengaruh genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post partum
Tehnik genggam jari terbukti menurunkan intensitas nyeri, dengan menggenggam jari akan merangsang meridian jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen nonnosireseptor. Serabut tersebut mengakibatkan "pintu gerbang" tertutup, sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang (Astutik & Kurlinawati, 2017)
2. Aroma terapi levender menurunkan nyeri
Aromaterapi lavender yang diberikan secara inhalasi dalam 7 – 10 detik mulai bekerja di otak pada sistem limbik dan hipotalamus yang akan mengeluarkan hormon endorphin dan memberikan rasa tenang, rileks, dan bahagia serta menghambat pelepasan substansi P yang menyebabkan nyeri ketika terjadi his. Intensitas nyeri persalinan menurun setelah pemberian inhalasi aromaterapi lavender selama 21 – 27 detik (Sholati et al., 2023)
3. Endorphin massage menurnkan skala nyeri
Endorphin massage menyebabkan penurunan nyeri hal ini disebabkan adanya rangsangan di permukaan kulit sehingga menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf besar dipermukaan kulit. Rangsangan itu memblokir serabut saraf besar yang mengakibatkan pesan nyeri tidak sampai atau tidak diterima oleh otak sehingga menyebabkan perubahan terhadap persepsi nyeri, selain itu endorphin massage juga bisa menurunkan otot yang tegang serta menambah sirkulasi darah di daerah yang nyeri (Rohma & Rejeki, 2023)
4. Terapi musik religi
Terapi musik dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori *Gate control*, bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang system saraf pusat. Saat neuron nyeri perifer dan neuron yang menuju otak tempat seharusnya substansi P akan menghantarkan impuls maka endorfin akan memblokir lepasnya substansi P dari neuron sensorik,

sehingga transmisi impuls nyeri di medula spinalis terhambat, dan nyeri menjadi berkurang (Utomo et al., 2015)

Pemberian terapi murottal terbukti mampu mengaktifkan sel-sel tubuh dengan mengubah suatu getaran menjadi getaran yang dapat diterima oleh tubuh untuk selanjutnya dapat merangsang reseptor nyeri dan merangsang otak dalam mengeluarkan analgetik yang ada dalam tubuh yaitu opioid natural endogen yang dapat berperan memblokade nociseptor (Sulistiyawati & Widodo. 2020).

5. Slow deep breathing relaxation

teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi dapat merileksasikan otot, dan memblok transmisi impuls nyeri (Ediyanto, 2018)

6. Pemberian kompres

pemberian kompres dingin dapat meredakan nyeri dikarenakan kompres dingin dapat mengurangi perdarahan edema yang diperkirakan menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit. Pemberian kompres dingin untuk mengurangi intensitas nyeri transmisi stimulus nyeri dan juga menstimulasi serabut saraf yang memiliki diameter besar α -Beta sehingga menurunkan transmisi impuls nyeri melalui serabut kecil α -Delta dan serabut saraf C (Arifin et al., n.d.)

7. Penurunan nyeri dengan farmakologi

Ketorolac bekerja dengan cara menghambat sintesis prostaglandin, yang merupakan mediator yang terlibat dalam peradangan, nyeri, demam, dan sebagai analgesik perifer. Analgesik kuat diperlukan untuk mengobati nyeri sedang hingga berat yang disebabkan oleh luka pascaoperasi. Setelah pemberian injeksi ketorolac, pasien mengalami penurunan skala nyeri dan tingkat nyeri ringan terbesar. Artinya dengan pemberian injeksi ketorolac 30 mg sesudah operasi terjadi penurunan skala nyeri dari sedang sampai ringan, pemeriksaan dilakukan setelah 6 jam pemberian, sesuai dengan waktu paruh atau durasi kerja dari ketorolac (Azaria Wulandari et al., n.d.)

I. Asuhan Keperawatan Dengan Ganggauan Kebutuhan Dasar Manusia: Manajemen Nyeri

1. Pengkajian keperawatan

Pengumpulan data merupakan pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu wawancara (anamnesa), pengamatan (observasi), dan pemeriksaan

fisik (physical assessment). Langkah selanjutnya setelah pengumpulan data yaitu lakukan analisis data dan pengelompokan informasi.

Pengkajian pada masalah nyeri akut meliputi:

a. Identitas

Identitas pasien yang harus dikaji meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, nomor rekam medik, tanggal MRS, diagnosa medis.

b. Data keluhan utama:

Keluhan utama berupa adanya nyeri atau perasaan tidak nyaman yang menyebabkan pasien mencari pertolongan.

Subjektif: mengeluh nyeri

Objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Menurut Andarmoyo, (2013) karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut:

- 1) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa:
 - Apa yang menyebabkan gejala nyeri?
 - Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri?
 - Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?
- 2) Q (kualitas atau kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:
 - Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?
 - Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang di rasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?
- 3) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa:
 - Dimana gejala nyeri terasa?
 - Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat?
- 4) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa: seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10?

- 5) T (timing atau waktu) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:
- Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?
 - Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap?
 - Berapa lama nyeri berlangsung?
 - Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap?
- c. Data riwayat penyakit sekarang: pernyataan klien yang menjelaskan penyebab terjadinya keluhan yang dirasakan saat ini dimulai pasien merasakan keluhan nyeri sampai menjadi kasus kelolaan.
- d. Data riwayat penyakit keluarga: riwayat keluarga dihubungkan dengan adanya penyakit keturunan yang di derita.
- e. Riwayat keperawatan penyakit yang pernah diderita
- Penyakit yang berkaitan dengan adanya nyeri meliputi riwayat operasi, riwayat penyakit sistem kardivaskuler, musculoskeletal, pernafasan dan lain-lain
- f. Data psikologis
- Pada pasien dengan nyeri akut termasuk kedalam kategori psikologis dan subkategori nyeri dan kenyamanan, perawat harus mengkaji data mayor dan minor yang tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) yaitu:
- a) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif : Mengeluh nyeri
 - Objektif :Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur
 - b) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif : -
 - Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis
 - g. Perilaku non verbal
- Beberapa perilaku non verbal yang dapat kita amati antara lain :ekspresti wajah, gemeretak gigi, menggigit bibir, dll.
- h. Faktor prepitasi
- Beberapa faktor prepitasi yang akan meningkatkan nyeri : lingkungan, suhu ekstrim, kegiatan yang tiba-tiba, stressor fisik dan emosi.
- i. Respon fisiologis

Respon simpatik (peningkatan frekuensi pernapasan, dilatasi saluran bronkiolus, peningkatan frekuensi jantung, dilatasi pupil, penurunan mobilitas saluran cerna). Respon parasimpatik (pucat, ketegangan otot, mual dan muntah, kelemahan dan kelelahan).

j. Respon perilaku

Respon perilaku yang sering ditunjukkan oleh pasien antara lain perubahan postur tubuh, mengusap, menopang bagian yang sakit, menggertakkan gigi, ekspresi wajah meringis, mengerutkan alis.

2. Diagnosis Keperawatan

1) Nyeri akut

a) Definisi

Pengalaman sensorik/emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual/fungsional, dengan onset mendadak/lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung < 3 bulan.

b) Penyebab

Agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritan), Agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

c) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Pasien mengeluh nyeri

Objektif : Tampak meringis, Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi, nadi meningkat, Sulit tidur.

d) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Tekanan darah meningkat, Pola nafas berubah, Nafsu makan berubah, Proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri, Diaforesis

e) Kondisi klinis terkait

Kondisi pembedahan, Cedera traumatis, Infeksi, Sindrom koroner akut, Glukoma

2) Nyeri Kronis

a) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

- b) Penyebab
Kondisi dan muskuloskeletal kronis, Kerusakan sistem saraf, Penekanan saraf, Infiltrasi tumor, Ketidak seimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor, Gangguan imunitas (misalnya, Neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster), Gangguan fungsi metabolic, Riwayat posisi kerja statis, Peningkatan indeks massa tubuh, Kondisi pasca trauma, Tekanan emosional, Riwayat penganiayaan (misalnya, Fisik, psikologis seksual), Riwayat penyalahgunaan obat/zat
- c) Gejala dan Tanda Mayor
Subjektif: Mengeluh nyeri, merasa depresi (tertekan).
Objektif: Tampak meringis, Gelisah, Tidak mampu menuntaskan aktivitas.
- d) Gejala dan Tanda Minor
Subjektif: Merasa takut mengalami cedera berulang.
Objektif: Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri), Waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri.
- e) Kondisi klinis terkait
Kondisi kronis (misalnya, Arthritis reumatoid), Infeksi, Cedera medula spinalis, Kondisi paca trauma, Tumor
- 3) Nyeri melahirkan
- a) Definisi
Pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan.
- b) Penyebab
Dilatasi serviks, Pengeluaran janin
- c) Gejala dan tanda mayor
Subjektif :Mengeluh nyeri, Perineum terasa tertekan
Objektif: Ekspresi wajah meringis, Berposisi meringankan nyeri, Uterus terasa membulat
- d) Gejala dan tanda minor
Subjektif: Mual, Nafsu makan menurun atau meningkat
Objektif: Tekanan darah meningkat, Frekuensi nadi meningkat, Ketegangan otot meningkat, Pola tidur berubah, Fungsi berkemih

berubah, Diaphoresis, Gangguan perilaku, Perilaku ekspresif, Pupil dilatasi, Muntah, Fokus pada diri sendiri

- e) Kondisi klinis terkait: Proses persalinan
3. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) :

Tabel 16.2 Luaran dan Kriteria Hasil

Luaran	Kriteria Hasil
Tingkat Nyeri Menurun	Pasien mampu menuntaskan aktivitas
	Keluhan nyeri menurun
	Meringis menurun
	Sikap protektif menurun
	Kesulitan tidur menurun
	Menarik diri menurun
	Berfokus pada diri sendiri menurun
	Diaforesis menurun
	Perasaan depresi (tertekan) menurun
	Perasaan takut menurun
	Anoreksia menurun
	Perineum terasa tertekan menurun
	Uterus teraba membulat menurun
	Ketegangan otot menurun
	Pupil dilatasi menurun
	Muntah menurun
	Mual menurun
	Frekuensi nadi normal
	Pola nafas normal
	Tekanan darah Normal
	Proses berfikir membaik
	Fokus membaik
	Fungsi berkemih membaik
	Perilaku membaik
	Nafsu makan membaik
	Pola tidur membaik

4. Intervensi Keperawatan

1) Nyeri Akut

Intervensi Utama: Menajemen Nyeri, Pemberian Analgesik

Intervensi Pendukung: menurut SIKI, (2018)

Tabel 16.3 Intervensi keperawatan nyeri akut

Aromaterapi	Pemberian obat intravena
Dukungan hypnosis diri	Pemberian obat oral
Dukungan pengungkapan kebutuhan	Pemberian obat oral
Edukasi efek samping obat	Pemberian obat topical
Edukasi menejmen nyeri	Pengaturan posisi
Edukasi proses penyakit	Perawatan amputasi
Edukasi teknik napas	Perawatan kenyamanan
Kompres dingin Kompres hangat Konsultasi	Teknik distraksi
Latihan pernapasan	Teknik imajinasi
Menejmen efek samping obat Menejmen kenyamanan lingkungan	terbimbing Terapi
Menejmen medikasi	akupresur
Menejmen sedasi	Terapi akupuntur
Menejmen terapi radiasi	Terapi bantuan hewan
Pemantauan nyeri	Terapi humor
Pemberian obat	Terapi Murottal
	Terapi music
	Terapi pemijatan
	Terapi relaksasi
	Terapi sentuhan
	<i>Trancutaneos electrical nerve stimulation (TENS)</i>

2) Nyeri Kronis

Intervensi Utama : Manajemen nyeri, terapi relaksasi

Intervensi Pendukung : memnurut SIKI, (2018)

Tabel 16.4 Intervensi Keperawatan Nyeri Kronis

Aromaterapi	Menejmen mood
Dukungan hypnosis diri	Menejmen stress
Dukungan pengungkapan kebutuhan	Menejmen terapi radiasi
Dukungan coping keluarga	Pemantauan nyeri
Dukungan meditasi	Pemberian analgesic
Edukasi aktivitas/istirahat	Pemberian obat oral
Edukasi efek samping obat	Pemberian obat intravena
Edukasi kemoterapi	Pemberian obat topical
Edukasi kesehatan	Pengaturan posisi
Edukasi menejmen stress	Perawatan amputasi
Edukasi menejmen nyeri	Promosi coping
Edukasi perawatan stoma	Teknik distraksi
	Teknik imajinasi
	terbimbing Terapi

Eduksi proses penyakit	akupresur
Edukasi proses penyakit	Terapi akupuntur
Edukasi teknik napas	Terapi bantuan hewan
Kompres dingin	Terapi humor
Kompres panas	Terapi Murottal
Konsultasi	Terapi music
Latihan pernapasan	Terapi pemijatan
Latihan rehabilitasi	Terapi sentuhan
Menejemen efek samping obat	<i>Trancutaneos nerve stimulation (TENS)</i>
Menejemen kenyamanan lingkungan	Yoga

5. Implementasi

Implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dirumuskan.

6. Evaluasi

Pasien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang/hilang dan pasien merasa terlihat lebih baik, tidak meringis dan pasien tidak menggunakan analgesik, status nyeri pada abdomen akan berkurang, pasien dapat beristirahat dengan tenang dan ekspresi wajah rileks.

J. Latihan

1. Apa yang dimaksud nyeri menurut saudara?
2. Jelaskan kenapa seseorang bisa mengalami nyeri setelah menginjak paku!
3. Jelaskan kenapa setiap orang mempunyai skala atau intensitas nyeri berbeda?
4. Jelaskan bagaimana prosesnya dengan di kompres nyeri seseorang bisa berkurang dan bahkan hilang?
5. Apa bedanya nyeri viseral dan nyeri superviseral?
6. Seorang perempuan usia 37 tahun, dirawat di bangsal bedah dengan post operasi apendektomy H+1. Pasien mengeluh nyeri diluka operasi skala 6, mulut kering, pasien masih puasa, pasien tampak meringis kesakitan, luka operasi tertutup kasa bersih tidak ada bercak darah, TD 110/80 mmHg, N 82x/menit, RR 20x/menit, S 37,3 °C.
 - a) Apa penyebab nyeri pada pasien tersebut?
 - b) Termasuk jenis apa nyerinya?
 - c) Buatlah satu diagnosa keperawatan beserta intervensi dan luarannya (dengan 3 S)!

K. Rangkuman Materi

1. Nyeri adalah sensasi pribadi yang kompleks, unik, universal akibat stimulus tertentu yang menyebabkan ketidaknyamanan seseorang yang bersifat subyektif
 2. Penyebab nyeri: trauma, neoplasma, peradangan, trauma psikologi
 3. Teori nyeri ada 4 yaitu: teori pola, teori sensitifas, teori pengontrol nyeri, Endogenous Opiat Theory
 4. Fisiologi nyeri: Transduksi, transmisi, persepsi, modulasi
 5. Klasifikasi nyeri
 - a. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi: nyeri akut dan nyeri kronis
 - b. Klasifikasi Nyeri berdasarkan Asal: nosiseptik dan Neuropatik
 - c. Klasifikasi Nyeri berdasarkan Lokasi: superviseral, visceral, nyeri alih, radiasi.
 6. Pengukuran Skala nyeri: skala diskripsi verbal, skala numerik, skala analog visual, skala wajah wong-baker, Skala Intensitas Nyeri dari FLACC
 - d. Faktor-faktor yang mempengaruhi skala nyeri: usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, ansietas, dukungan dari orang lain, perhatian, manajemen coping, pengalaman masa lalu.
 - e. *Evidence Based Practice In Nursing:* genggam jari, terapi musik religi, napas dalam, aroma levender, kompres.
6. Diagnosa keperawatan kebutuhan dasar nyeri: nyeri akut, nyeri kronis, nyeri melahirkan.

L. Daftar Pustaka

- Andarmoyo, S. (2013). *Konsep & Proses Keperawatan Nyeri adnarmoyo* (R. KR, Ed.; 1st ed., Vol. 1). Ar-Ruzz Media.
- Andina, V. S., & Fitriana, Y. (2017). *Kebutuhan dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (Y). https://otomasi.stikessatriabhakti.ac.id//index.php?p=show_detail&id=1219
- Ardiansyah, A. (2022). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nyeri dan kenyamanan (nyeri Akut) Menggunakan intervensi terapi Murotatal dan Asmaul Husna di RSUD Labuang Baji Kota Makasar [Profesi]*. Universitas Islam Negeri Alauddin Makasar.
- Arifin, I. A., Aziz, A., Program, Q. S., Tiga, D., Politeknik, K., Karya, K., & Yogyakarta, H. (n.d.). *Implementasi Kompres Dingin Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Patella Post Operasi Orif Ruang Cendana 1 RSUP DR. Sardjito Yogyakarta*.
- Astutik, P., & Kurlinawati, E. (2017). pengaruh Relaksasi Genggan Jari Terhadap Penurunan Nyeri pada pasien Post Sectio Caesarea Di Ruang Delima RSUD Kertosono. *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 6(2).
- Azaria Wulandari, A., Handayani, R. N., & Yudono, D. T. (n.d.). *Gambaran Skala Nyeri pada 6 Jam Post Operasi dengan Spinal Anestesi setelah Pemberian Ketorolac di RSUD Hj.Anna Lasmanah Banjarnegara*.
- Ediyanto, A. K. (2018). Studi Kasus: Upaya Penurunan Nyeri pada Klien Post Hemoroidektomi RSK Ngeshi Waluyo Parakan Temanggung. *Jurnal Ilmi Keperawatan Medikal Bedah*, 1(2), 1–57.
- Hidayat, A. A. (2012). *Pengantar kebutuhan dasar manusia : aplikasi konsep dan proses keperawatan buku 2* (D. Sjabana, Ed.; 2nd ed., Vol. 2). Salemba Medika.
- Prasetyo, S. N. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri* (1st ed., Vol. 1). Graha Ilmu.
- Rohma, A. C., & Rejeki, S. (2023). Implementasi Endorphin Massage terhadap Penurunan Skala Nyeri Punggung Ibu Hamil Trimester III. *Holistic Nursing Care Approach*, 3(2), 65. <https://doi.org/10.26714/hnca.v3i2.12841>
- Sholati, S. S., Susanti, S., Sugiyah, S., & Haniyah, S. (2023). Implementasi Aromaterapi Lavender pada Pasien Post Sectio Caesarea (SC) dengan Masalah Gangguan Nyeri dan Ketidaknyamanan. (*Jurnal Inovasi Penelitian*) JIP, 3(10), 7841–7846. <https://stp-mataram.e-journal.id/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf...ataram.e-journal.id%2FJIP%2Farticle%2Fdownload%2F2512%2F1977%2F>
- Slki. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Defenisi Dan Kriteria *Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Dpp Ppni

Utomo, W., Armiyati, Y., & Syamsul Arif, M. S. (2015). Efektifitas Antara Terapi Musik Religi dan Slow Deep Breathing Relaxation Dengan Slow Deep Breathing Relaxation Terhadap Intensitas Nyeri pada pasien Post Operasi Bedah Mayor DI RSUD Ungaran. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, 1–7.

BAB 17

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KDM: NUTRISI

Ns. Maesaroh, M.Kep.

Pendahuluan

Nutrisi atau kandungan gizi adalah sejumlah kandungan zat yang dapat berasal dari berbagai bahan pangan atau makanan yang berfungsi serta penting untuk menjaga, memelihara serta membangun berbagai sel dan jaringan tubuh. Apabila seseorang mengalami gizi yang tidak seimbang, dalam artian kekurangan salah satu atau beberapa zat gizi, hingga mengalami kekurangan gizi secara keseluruhan, dapat menyebabkan pertumbuhan serta kesehatan terganggu. Masalah utama yang dihadapi penyedia layanan Kesehatan saat ini adalah kelebihan konsumsi, baik nutrien yang baik dan tidak baik yang dapat mengakibatkan obesitas yang berdampak terhadap penyakit yang muncul seperti penyakit jantung, diabetes, kanker, dan penyakit kronis lainnya sehingga berdampak pada kualitas hidup bahkan menimbulkan kematian. Kekurangan nutrisi juga dapat berdampak terhadap status Kesehatan.

Penelitian di bidang nutrisi mempelajari hubungan antara makanan dan minuman terhadap kesehatan dan penyakit, khususnya dalam menentukan diet yang optimal. Dahulu, penelitian mengenai nutrisi hanya terbatas pada pencegahan penyakit kurang gizi dan menentukan kebutuhan dasar (standar) nutrisi pada makhluk hidup. Angka kebutuhan nutrisi (zat gizi) dasar ini dikenal di dunia internasional dengan istilah Recommended Daily Allowance (RDA).

Seiring dengan perkembangan ilmiah di bidang medis dan biologi molekular, bukti-bukti medis menunjukkan bahwa RDA belum mencukupi untuk menjaga fungsi optimal tubuh dan mencegah atau membantu penanganan penyakit kronis. Bukti-bukti medis menunjukkan bahwa akar dari banyak penyakit kronis adalah stres oksidatif yang disebabkan oleh berlebihnya radikal bebas di dalam tubuh. Penggunaan nutrisi dalam level yang optimal, dikenal dengan Optimal Daily Allowance (ODA), terbukti dapat mencegah dan menangani stres oksidatif sehingga membantu pencegahan penyakit kronis. Level optimal ini dapat dicapai bila jumlah dan komposisi nutrisi yang digunakan tepat. Dalam penanganan penyakit,

penggunaan nutrisi sebagai pengobatan komplementer dapat membantu efektivitas dari pengobatan dan pada saat yang bersamaan mengatasi efek samping dari pengobatan. Karena itu, nutrisi atau gizi sangat erat kaitannya dengan kesehatan yang optimal dan peningkatan kualitas hidup. Hasil ukur bisa dilakukan dengan metode antropometri.

Pelayanan kesehatan dengan kualitas tinggi salah satu faktor yang mendukung yaitu tenaga kesehatan yang profesional, mereka melakukan upaya pelayanan dari mulai pencegahan dan pengobatan. Pengobatan yang dilakukan selama di rumah sakit bukan hanya berfokus pada obat, melainkan juga terapi gizi juga berperan di dalamnya. Penanganan gizi kepada pasien di rumah sakit sebaiknya dilakukan secara kolaboratif antara ahli gizi, dokter, perawat dan apoteker.

Dukungan nutrisi merupakan tugas penting dalam perawatan pasien kritis. Makna nutrisi tidak hanya sebatas makanan masuk ke tubuh pasien. Tetapi, bagaimana makanan dapat memaksimalkan proses penyembuhan pasien. Oleh karena itu, nutrisi pasien kritis dikelola oleh multidisiplin ilmu, diantaranya dokter bertanggungjawab pada seluruh proses pelaksanaan, apoteker bertanggungjawab memberikan terapi obat yang tidak mempengaruhi proses penyerapan makanan, ahli gizi bertanggungjawab menyediakan formula makanan yang tepat sesuai dengan kebutuhan pasien dan perawat bertanggungjawab menyediakan akses masuknya makanan, memaksimalkan penyerapan makanan sampai makanan dihantarkan ke sel tubuh. Perawat merupakan disiplin ilmu dengan dasar pemikiran bahwa perawatan dilakukan secara komprehensif meliputi kebutuhan bio, psiko, sosio, kultur, spiritual dalam memberikan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi harus dikuasai anatomi fisiologi sistem pencernaan, proses pemenuhan nutrisi, kebutuhan nutrisi sel, organ pencernaan sel, ekstraksi energi dari zat gizi, hormon-hormon terkait kebutuhan nutrisi makro dan mikro nutrient, nutrisi makro dan mikro, metabolism karbohidrat, lemak, protein, pembentukan urea, keadaan kenyang dan puasa, tanda dan gejala kecukupan nutrisi, pengkajian keperawatan pemenuhan nutrisi, diagnose keperawatan pemenuhan nutrisi menurut SDKI, perencanaan keperawatan pemenuhan nutrisi menurut SLKI dan SIKI.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

1. Tujuan Instruksional

Memahami konsep asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan dasar manusia: nutrisi

2. Capaian Pembelajaran

- a. Mampu menjelaslaskan anatomi fisiologi system pencernaan
- b. Mampu menjelaskan proses pemenuhan nutrisi
- c. Mampu menjelaskan kebutuhan nutrisi sel
- d. Mampu menjelaskan organ pencernaan sel
- e. Mampu menjelaskan ekstraksi energi dari zat gizi
- f. Mampu menjelaskan hormon-hormon terkait kebutuhan nutrisi makro dan mikro nutrient
- g. Mampu menjelaskan nutrisi makro dan mikro
- h. Mampu menjelaskan metabolism karbohidrat, lemak, protein
- i. Mampu menjelaskan pembentukan urea
- j. Mampu menjelaskan keadaan kenyang dan puasa
- k. Mampu menjelaskan tanda dan gejala kecukupan nutrisi
- l. Mampu menjelaskan pengkajian keperawatan pemenuhan nutrisi
- m. Mampu menjelaskan diagnose keperawatan pemenuhan nutrisi menurut SDKI
- n. Mampu memjelaskan perencanaan keperawatan pemenuhan nutrisi menurut SLKI dan SIKI

Uraian materi

A. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan

1. Pengertian Sistem Pencernaan

Saluran pencernaan adalah suatu sistem dalam tubuh manusia yang memegang peranan dalam proses menerima makanan dari luar, mencerna, dan menyerap bahan yang dapat diserap, serta mengeluarkan sisa-sisa pencernaan. Saluran pencernaan makanan merupakan saluran yang menerima makanan dari luar dan mempersiapkannya untuk diserap oleh tubuh dengan jalan proses pencernaan (pengunyahan, penelanan, dan pencampuran) dengan enzim dan zat cair yang terbentang mulai dari mulut sampai anus.

2. Fungsi sistem pencernaan :

a. Pengolahan dan penyimpanan makanan

- 1) Menguraikan makanan menjadi partikel lebih kecil (pencernaan mekanis)
- 2) Mengubah makanan menjadi zat yang dapat diabsorpsi (pencernaan kimia)
- 3) Memindahkan bahan makanan melalui saluran gastrointestinal (peristalsis)
- 4) Menyimpan zat gizi hingga dibutuhkan

b. Penghasil

- 1) Menghasilkan enzim, asam klorida, faktor intrinsik, mukus, dan bahan lain untuk membantu pencernaan
- 2) Menghasilkan hormon pengatur di dalam lambung
- 3) Menghasilkan vitamin K dan beberapa vitamin B kompleks dalam usus besar.

c. Absorpsi

Memberi absorpsi zat gizi, terutama dari usus halus, ke dalam kapiler.

d. Reabsorpsi dan Eliminasi

- 1) Mereabsorpsi air untuk digunakan kembali oleh tubuh
- 2) Mereabsorpsi mineral dan vitamin
- 3) Membentuk feses dari produk sampah yang tersisa
- 4) Menghasilkan defekasi.

3. Struktur dan Fungsi

a. Mulut

- 1) Mulut atau oris adalah permulaan saluran pencernaan yang terdiri atas 2 bagian yaitu Bagian luar yang sempit atau vestibula yaitu ruang di antara gusi, ggi, bibir, dan pipi.
- 2) Bagian ronggmulut bagian dalam yaitu rongga mulut yang dibatasi sisinya oleh tulang maksilaris, palatum dan mandibularis, di sebelah belakang bersambung dengan faring. Palatum, terdiri atas 2 bagian yaitu : Palatum durum (palatum keras) yang tersusun atas tajuk-tajuk palatum dan sebelah depan tulang maksilaris dan lebih kebelakang terdiri dari 2 tulang palatum. Palatum mole (palatum lunak) terletak di belakang yang merupakan lipatan menggantung yang dapat bergerak, terdiri atas jaringan fibrosa dan selaput lendir. Di dalam rongga mulut terdapat geligi/gigi, lidah, dan kelenjar ludah. Geligi/ Gigi terletak dalam ruang atau kantong di tulang rahang atas dan bawah. Gigi ada dua macam Gigi sulung, mulai tumbuh pada anak-anak umur 6-7 bulan. Lengkap pada umur 2 $\frac{1}{2}$ tahun jumlahnya 20 buah disebut juga gigi susu, terdiri dari : 8 buah gigi seri (dens insisivus), 4 buah gigi taring (dens kaninus), dan 8 buah gigi geraham (molare). Gigi tetap (gigi permanen) tumbuh pada umur 6-18 tahun, jumlahnya 32 buah, terdiri dari 8 buah gigi seri (dens insisivus), buah gigi taring (dens kaninus), 18 buah gigi geraham (molare), dan 12 buah gigi geraham (premolar). Fungsi gigi terdiri dari : gigi seri untuk memotong makanan, gigi taring untuk memutuskan makanan yang keras dan liat, dan gigi geraham gunanya untuk mengunyah makanan yang sudah di potong-potong. Lidah terdiri dari otot serat lintang dan dilapisi oleh selaput lendir, kerja otot lidah ini dapat digerakan ke seluruh arah. Lidah dibagi atas tiga bagian yaitu pangkal lidah (radiks lingua), punggung lidah (dorsum lingua), dan ujung lidah (apeks lingua). Pada pangkal lidah yang belakang terdapat epiglottis yang berfungsi untuk menutup jalan nafas pada waktu kita menelan makanan, supaya makanan tidak masuk ke jalan nafas. Punggung lidah terdapat puting-puting pengecap atau ujung saraf pengecap. Frenulum lingua merupakan selaput lendir yang terdapat pada bagian bawah kira-kira di tengah, jika lidah digerakan ke atas Nampak selaput lendir. Fungsi lidah yaitu mengaduk makanan, membentuk suara, sebagai alat pengecap

dan menelan, serta merasakan rasa makanan. Kelenjar Ludah (saliva) merupakan kelenjar eksokrin karena sekresinya tidak secara langsung di alirkkan ke sirkulasi, tetapi di lepaskan ke rongga oral. Kelenjar ludah ini ada 2 yaitu kelenjar ludah bawah rahang (kelenjar submaksilaris), yang terdapat di bawah tulang rahang atas pada bagian tengah, kelenjar ludah bawah lidah (kelenjar sunlingualis) yang terdapat di sebelah depan di bawah lidah. Kelenjar ludah (saliva) dihasilkan di dalam rongga mulut, disekitar rongga mulut terdapat 3 buah kelenjar ludah yaitu Kelenjar parotis , letaknya di bawah depan telinga di antara prosesus mastoid kanan dan kiri os mandibular, duktusnya duktus stensoni. Kelenjar submaksilaris, terletak di bawah rongga mulut bagian belakang, duktusnya bernama duktus wartoni bermuara di rongga mulut. Kelenjara sublingualis, letaknya di bawah selaput lendir dasar rongga mulut bermuara di dasar rongga mulut. Kelenjar ludah disarafi oleh saraf-saraf tak sadar.

b. Faring

Faring merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (esophagus). Faring terletak bersimpangan antara jalan nafas dan jalan makanan, letaknya di belakang rongga mulut dan rongga hidung di depan ruas tulang belakang. Faring terdiri dari beberapa bagian yaitu :

- a) Bagian superior disebut nasofaring (bagian yang sama tinggi dengan hidung), pada nasofaring beruara tuba yang menghubungkan faring dengan ruang gendang telinga.
- b) Bagian media disebut orofaring (bagian yang sama tinggi dengan mulut), bagian ini terbatas ke depan sampai ke akar lidah
- c) Bagian inferior disebut laringofaring (bagian yang sama tinggi dengan laring), bagian ini yang menghubungkan orofaring dengan laring. Gerakan menelan mencegah masuknya makanan ke jalan pernafasan, pada waktu yang sama jalan pernafasan ditutup sementara. Permulaan menelan, otot mulut dan lidah berkontraksi secara bersamaan.

c. Esophagus

Esophagus merupakan saluran yang menghubungkan tekak dengan lambung, panjangnya ± 25 cm, mulai dari faring sampai pintu masuk kardiak di bawah lambung. Esopagus terletak dibelakang trachea dan

di depan tulang punggung, setelah melalui toraks menembus diafragma masuk kedalam abdomen menyambung dengan lambung.

d. Lambung

Lambung atau gaster merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama di daerah epigaster. Lambung terdiri dari bagian atas fundus uterus berhubungan dengan esophagus melalui orifisium pilorik, terletak di bawah diafragma di depan pancreas dan limpa, menempel di sebelah kiri fundus uterus.

Fungsi lambung :

a) Menampung makanan, menghancurkan dan menghaluskan makanan oleh peristaltic lambung dan getah lambung.

b) Getah cerna yang dihasilkan :

- Pepsin, fungsinya memecah putih telur menjadi asam amino

- Asam garam (HCl), fungsinya mengasamkan makanan, sebagai antiseptik dan desinfektan, dan membuat suasana asam pada pepsinogen sehingga menjadi pepsin.

- Renin, fungsinya sebagai ragi yang membekukan susu dan membentuk kasein dari kaseinogen.

- Lapisan lambung jumlahnya sedikit memecah lemak menjadi asam lemak yang merangsang sekresi getah lambung.

e. Usus Halus

Usus halus merupakan bagian terpanjang saluran cerna, dengan panjang sekitar 6,1 m dan diameter 3,81 cm. usus berada dalam posisi melengkung sehingga muat berada dalam rongga abdomen.

Fungsi usus halus meliputi :

a) Menerima zat-zat makanan yang sudah dicerna untuk di serap melalui kapiler-kapiler darah dan saluran-saluran limfe.

b) Menyerap protein dalam bentuk asam amino

c) Karbohidrat diserap dalam bentuk monosakarida.

Bagian usus halus terdiri dari :

a) Duodenum

Duodenum disebut juga usus 12 jari, panjangnya ± 25 cm, berbentuk Sepatu kuda melengkung ke kiri, pada lengkungan ini terdapat pankreas. Pada bagian kanan duodenum ini terdapat

selaput lendir, yang membukit disebut papilla vateri. Pada papilla vateri ini bermuara saluran empedu dan saluran pankreas. Dinding duodenum mempunyai lapisan mukosa yang banyak mengandung kelenjar, kelenjar ini disebut kelenjar Brunner, berfungsi untuk memproduksi getah intestinum.

b) Jejenum dan Ileum

Jejenum dan ileum mempunyai panjang sekitar 6 meter. Dua perlima bagian atas adalah (jejunum) dengan panjang ± 23 meter dan ileum dengan panjang 4-5 m. Lekukan jejunum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantara lipatan peritoneum yang berbentuk kipas dikenal sebagai mesenterium. Ujung bawah ileum berhubungan dengan sekum dengan perantaraan lubang yang bernama orifisium ileosikalis. Orifisium ini diperkuat oleh sfingter ileosekalis dan pada bagian ini terdapat katup valvula sekalis atau valvula Baukhini yang berfungsi untuk mencegah cairan dalam kolon asendes tidak masuk kembali ke ileum.

f. Usus Besar

Usus besar atau intestinum mayor panjangnya ± 1 1/2 m, lebarnya 5-6 cm, berdiameter 6,35 cm. usus besar merupakan sambungan dari usus halus yang di mulai dari katup ileukolik yang merupakan tempat lewatnya makanan. Fungsi usus besar adalah menyerap air dari makanan, tempat tinggal bakteri koli, tempat feses.

a) Sekum dan Avendiks

Bagian pertama usus besar adalah sekum, kantung buntu yang panjangnya sekitar 5-7,6 cm. Penonjolan sekum seperti jari kecil adalah apendiks, mempunyai pintu keluar yang sempit tetapi masih memungkinkan dapat dilewati oleh beberapa isi usus, apendiks rentan terkena infeksi karena materi feses yang masuk tidak selalu dialirkan keluar. Tubuh dapat bertahan tanpa apendiks yang diangkat melalui apendiktomi. Sekum dan apendiks terletak di kuadran kanan bawah rongga abdomen.

b) Kolon

Bagian berikutnya dan terpanjang pada usus besar adalah kolon, sebuah saluran kontinu yang dibagi menjadi tiga area, yang namanya diambil dari arah saluran tersebut. Kolon Asenden (naik) mengarah naik dari sisi kanan rongga abdomen ; Kolon

Transversal (melintang) melintas ke sisis kiri di bagian atas rongga abdomen; dan Kolon Desenden (turun) mengarah turun dari sisi kiri menuju panggul, (dua bagian pertama mengabsorpsi cairan, garam, dan vitamin) kolon desenden menahan sampah yang dihasilkan. Bagian berikutnya dan terakhir disebut Kolon Sigmoid merupakan lanjutan dari kolon desenden terletak miring dalam rongga pelvis sebelah kiri, bentuknya menyerupai huruf S ujung bawahnya berhubungan dengan rektum.

g. Rektum dan Anus

Rektum terletak di bawah kolon sigmoid yang menghubungkan usus besar dengan anus, terletak dalam rongga pelvis di depan os sackum dan os koksigins. Anus adalah bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan rektum dengan dunia luar (udara luar). Terletak didasar pelvis, defekasi (buang air besar) didahului oleh transfor, feses ke dalam rektum yang mengakibatkan ketegangan dinding rektum mengakibatkan rangsangan untuk refleks defekasi sementara otot usus lainnya.

B. Proses Pemenuhan Nutrisi

1. Ingesti

- a. Memasukan makanan ke dalam mulut Memotong makanan menjadi potongan-potongan yang halus (proses pengunyahan).
- b. Membasahi makanan dengan sekresi kelenjar salivarius/ kelenjar ludah
- c. Menelan makanan (deglutition)

2. Digesti

Makanan yang telah ditelan didorong oleh gerakan propulsive (pendorongan) melewati oropharynx dan esophagus menuju lambung untuk diproses lebih lanjut oleh enzim pencernaan dan asam lambung, meliputi:

- a. Tepung dipecah menjadi monosakarida oleh enzim amylase
- b. Protei dipecah menjadi dipeptida dan asam amino oleh enzim pepsin dan trypsin
- c. Lemak dipecah menjadi monoglicerida dan asam lemak bebas oleh enzim lipase dan esterase

c. Absorbsi

Penyerapan monosakarida seperti glukosa, asam amino dan monogliseri asam-asam lemak, air, bikarbonat, dan kalsium dari lumen gastrointestinal ke aliran darah atau limfe.

d. Defekasi

Pengeluaran sisa makanan yang tidak dicerna oleh tubuh melalui anus dalam bentuk feces.

C. Kebutuhan Nutrisi Sel

Bila sel dalam keadaan hidup, sel harus mendapatkan zat gizi dan zat lainnya dari cairan di sekitarnya. Zat-zat yang dapat lewat membrane sel melalui 3 jalan:

1. Difusi
2. Melalui pori-pori membrane atau melalui matrik membran itu sendiri.
3. Transfor Aktif
4. Melalui membran, suatu mekanisme tempat system enzim dan zat pembawa khusus zat-zat melalui membran.
5. Endositosis
6. Suatu mekanisme membran menelan cairan ekstrasel dan isinya, transfor zat-zat melalui membrane merupakan fungsi khusus sel. Endositosis merupakan fungsi khusus sel : Fagositosis yaitu penelan partikel oleh sel seperti bakteri, sel-sel lain dan partikel degenerasi jaringan. Fagositosis terjadi bila objek tertentu yang kontak dengan membran sel yang mempunyai muatan negatif maka akan di tolak karena dalam keadaan normal endositosis bermuatan negatif. Pinositosis : pengambilan tetesan cairan oleh sel yang terjadi akibat respons terhadap zat tertentu yang bersentuhan dengan membran sel. Dua zat yang paling penting dalam hal ini adalah protein dan larutan elektrolit kuat. Ini merupakan suatu cara protein dapat melalui membran sel. Dua zat yang paling penting dalam hal ini adalah protein dan larutan elektrolit kuat. Ini merupakan suatu cara protein dapat melalui membran sel.

D. Organ Pencernaan Sel (Lisosom)

Hasil pencernaan adalah molekul-molekul kecil asam amino, glukosa, asam lemak dan fosfat dapat berdifusi melalui membran vesikel ke dalam sitoplasma. Yang tersisa dalam vesikel digestif dinamakan badan residual, merupakan zat yang dapat di cerna. Zat ini akhirnya diekskresikan melalui membran sel malalui proses eksositosis. Sering jaringan tubuh mengalami

regresi (kemunduran dalam perkembangan) ukurannya semakin kecil. Misalnya, pengecilan uterus setelah melahirkan, otot selama tidak aktif, dan kelenjar susu pada akhir masa laktasi. Kurangnya aktivitas pada jaringan menyebabkan menurunnya aktivitas lisosom. Peranan lisosom khususnya adalah membuang sel-sel yang rusak dari jaringan misalnya karena panas, dingin, trauma, zat kimia dan faktor lain. Kerusakan sel menyebabkan lisosom pecah dan hisrolase yang dikeluarkan akan mencerna zat-zat organic disekitarnya. Bila kerusakan jaringan, hanya sebagian sel yang dibuang diikuti dengan perbaikan sel. Jika kerusakannya berat maka seluruh sel akan dicerna, dinamakan autolysis. Eksositosis. Protein yang disekreasi oleh sel dibungkus granula, bergerak dari reticulum endoplasma menuju kompleks golgi. Membran ini bergerak sepanjang mikrotubulus ke membran sel kemudian bersatu dan pecah, isi granulakeluarn sel dan membran sel utuh kembali. Endositosis. Salah satu bentuk endositosis adalah fagositosis (sel makan) dan pinositosis (sel minum) pengambilan tetesan cairan oleh sel ketika bakteri (jaringan mati) zat kecil lain yang dapat dilihat dibawah mikroskop ditelan oleh sel. Zat yang berhubungan dengan membran sel mengakibatkan membran sel mengalami invaginasi (masuknya suatu lipatan ke bagian lain) dan terlepas meninggalkan zat yang tertelan berada dalam vakuola yang diliputi membran dan membran sel dapat utuh kembali.

E. Ekstraksi Energi Dari Zat Gizi

Zat gizi utama sel adalah bahan makanan (oksigen, glukosa, asam lemak, asam amino) yang masuk ke dalam sel. Di dalam sel, bahan makanan ini secara kimia bereaksi dengan oksigen di bawah pengaruh berbagai enzim yang mengatur kecepatan reaksi dan menyalurkan energy yang keluar dengan arah yang tepat. Pembentukan ATP (adenosin trifosfat) : Energi yang dilepas dari zat gizi digunakan untuk membentuk ATP. Ikatan ini mengandung 8000 kalori/molekul. ATP disimpan dalam ikatan kimia senyawa organic lainnya dengan istilah berenergi tinggi. Ikatan ini sangat labil sehingga dapat pecah seketika bila dibutuhkan energi untuk meningkatkan reaksi sel lainnya. Bila ATP melepaskan energinya, rantai asam fosfat pecah, dibentuk ADP (adenosin difosfat) dan asam fosfat membentuk kembali ATP baru. Proses ini berlangsung terus-menerus. Sebagian besar ATP yang dibentuk dalam sel merupakan peranan dari mitokondria. Berbagai makanan mula-mula dicerna dalam saluran pencernaan menjadi glukosa, asam lemak, dan asam amino Kemudian masuk ke dalam sel diubah menjadi senyawa KoA (keko-asetat). Selanjutnya pecah

menjadi atom hydrogen dan karbondioksida. Karbondioksida berdifusi keluar mitokondria dan akhirnya keluar sel. Atom hydrogen berkaitan dengan zat pembawa dan dibawa ke permukaan rak yang menonjol dalam mitokondria. Pada rak ini melekat enzim oksidatif dan menonjolkan butir-butir ATP-ase (adenosine trifosfatase).

F. Hormon-Hormon Terkait Dengan Kebutuhan Nutrisi Makro Dan Mikro Nutrient

1. Hormon Insulin

Insulin adalah hormon yang mengatur pusat untuk metabolisme karbohidrat dan lemak dalam tubuh. Insulin menyebabkan sel-sel di hati, otot, dan jaringan lemak untuk mengambil glukosa dari darah, menyimpannya sebagai glikogen di hati dan otot. Insulin menghentikan penggunaan lemak sebagai sumber energi dengan menghambat pelepasan glukagon. Dengan pengecualian dari diabetes mellitus dan sindrom gangguan metabolisme Metabolik, insulin diberikan dalam tubuh dalam proporsi konstan untuk menghilangkan kelebihan glukosa dari darah, yang sebaliknya akan menjadi racun. Ketika kadar glukosa darah turun di bawah tingkat tertentu, tubuh mulai menggunakan gula disimpan sebagai sumber energi melalui glikogenolisis, yang memecah glikogen yang tersimpan di hati dan otot menjadi glukosa, yang kemudian dapat dimanfaatkan sebagai sumber energi. Seperti Tingkat adalah mekanisme metabolisme pusat kontrol, statusnya juga digunakan sebagai sinyal kontrol untuk sistem tubuh lainnya (seperti penyerapan asam amino oleh sel-sel tubuh). Selain itu, memiliki beberapa efek anabolik lain di seluruh tubuh. Fungsi insulin yang mengikat:

- 1) Aktivitas hormon
- 2) binding protein
- 3) Proses metabolisme glukosa
- 4) generasi metabolit prekursor dan energi
- 5) respons fase-akut
- 6) permukaan sel reseptor transduksi sinyal terkait
- 7) sel-sel sinyal
- 8) kematian sel
- 9) glukosa transportasi
- 10) negatif dari proses regulasi protein katabolic
- 11) positif regulasi dari proses biosintesis oksida nitrat
- 12) negatif regulasi vasodilatasi

- 13) positif regulasi vasodilatasi
- 14) alpha-beta sel T aktivasi) regulasi sekresi protein
- 15) positif regulasi sekresi sitokin
- 16) positif regulasi nitrat oksida sintase kegiatan

2. Hormon Glukagon

Glukagon adalah suatu hormon yang dikeluarkan oleh pankreas, meningkatkan kadar glukosa darah. Glukosa disimpan dalam hati dalam bentuk glikogen, yang merupakan pati-seperti polimer rantai terdiri dari molekul glukosa. Sel-sel hati (hepatosit) memiliki reseptor glukagon. Ketika glucagon mengikat pada reseptor glukagon, sel-sel hati mengubah glikogen menjadi polimer molekul glukosa individu, dan melepaskan mereka ke dalam aliran darah, dalam proses yang dikenal sebagai glikogenolisis. Seperti toko-toko menjadi habis, glukagon kemudian mendorong hati untuk mensintesis glukosa tambahan oleh glukoneogenesis. Glukagon mematikan glikolisis di hati, menyebabkan intermediet glikolisis akan shuttled untuk gluconeogenesis. Fungsi molekul reseptor yang mengikat :

- 1) Aktivitas hormon
- 2) glukagon reseptor yang mengikat

Komponen seluler

- 1) ekstraseluler wilayah
- 2) ekstraseluler wilayah
- 3) ruang ekstraseluler
- 4) fraksi larut
- 5) sitoplasma
- 6) membran plasma
- 7) membran plasma

Proses biologis

- 1) proses metabolisme cadangan energi
- 2) sinyal transduksi
- 3) G-protein reseptor ditambah protein signaling jalur
- 4) G-protein signaling, ditambah dengan utusan cAMP kedua nukleotida
- 5) perilaku makan
- 6) proliferasi sel
- 7) negatif pengaturan nafsu makan
- 8) regulasi sekresi insulin

9) seluler respon terhadap stimulus glukagon

10) Hormon pertumbuhan (growth hormone)Hormon pertumbuhan (GH) adalah hormon peptida yang merangsang pertumbuhan, reproduksi sel dan regenerasi pada manusia dan hewan lainnya. Hormon pertumbuhan adalah asam 191-amino rantai polipeptida tunggal yang disintesis, disimpan, dan disekresi oleh sel-sel somatotroph dalam sayap lateral kelenjar hipofisis anterior. Somatotropin (STH) mengacu pada hormon pertumbuhan 1 diproduksi secara alami dalam hewan, sedangkan somatotropin merujuk pada hormon pertumbuhan yang diproduksi oleh teknologi DNA rekombinan. Hormon pertumbuhan digunakan sebagai obat resep dalam pengobatan untuk mengobati gangguan pertumbuhan anak dan defisiensi hormon pertumbuhan dewasa.

3. Hormon Tiroksin

Tiroksin adalah hormon utama yang dihasilkan oleh kelenjar tiroid. Ini mendorong sintesis protein (blending) dan pertumbuhan, dan juga membantu mengatur metabolisme tubuh. Tiroksin diproduksi oleh kelenjar tiroid dengan cara yang sangat kompleks. Ketika tingkat tiroksin dalam darah adalah rendah, hipotalamus otak (bagian dari otak yang mengatur fungsi tubuh) menghasilkan hormon thyrotropinreleasing. Hal ini merangsang kelenjar pituitary untuk menghasilkan Thyrotropin. Thyrotropin adalah hormon thyroid-stimulating hormone (TSH) yang menggairahkan kelenjar tiroid. Ketika tingkat tiroksin dalam darah adalah tinggi, hipotalamus melepaskan hormon yang menghambat produksi TSH. Fungsi hormone tiroksin yaitu mengatur pertukaran zat (metabolisme) di dalam tubuh serta mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan tubuh secara mental. Fungsi hormone tiroksin yaitu mengatur pertukaran zat (metabolisme) di dalam tubuh serta mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan tubuh secara mental.

4. Hormon Kortisol (Cortisol Hormone)

Kortisol adalah hormone steroid, lebih khusus glukokortikoid, yang diproduksi oleh kelenjar adrenal. Hal ini dirilis dalam respon terhadap stress dan tingkat rendah glukokortikoid darah. Fungsi utama dalam tubuh :

- 1) Meningkatkan gula darah melalui glukoneogenesis
- 2) Menekan sistem kekebalan tubuh
- 3) Membantu dalam metabolisme lemak, protein, dan karbohidrat

5. Hormon Somatostatin

Somatostatin (SS) adalah peptida yang dihasilkan oleh beberapa jaringan tubuh, termasuk hipotalamus. Somatostatin menghambat pelepasan hormon pertumbuhan dalam menanggapi peningkatan GHRH dan faktor-faktor stimulasi lain seperti konsentrasi glukosa darah rendah.

6. Hormon Epinefrin/norepinefrin.

Norepinefrin (INN) (disingkat norepi atau NE) adalah nama AS untuk noradrenalin (BAN) (disingkat NA atau NAD), sebuah katekolamin dengan peran ganda termasuk sebagai hormon dan neurotransmitter. Daerah tubuh yang menghasilkan, atau yang dipengaruhi oleh norepinefrin digambarkan sebagai noradrenergik. Noradrenalin istilah (dari bahasa Latin) dan norepinefrin (berasal dari bahasa Yunani) yang dipertukarkan, dengan noradrenalin menjadi nama umum disebagian besar dunia. Fungsi

- 1) sebagai neurotransmitter dilepaskan dari neuron simpatis yang mempengaruhi jantung. Peningkatan norepinefrin dari saraf simpatik meningkatkan laju kontraksi
- 2) Sebagai hormon stres, norepinefrin mempengaruhi bagian otak, seperti amigdala, di mana perhatian dan tanggapan dikendalikan
- 3) Ketika norepinefrin bertindak sebagai obat, sehingga meningkatkan tekanan darah dengan meningkatkan tonus vaskular (ketegangan otot) melalui α -adrenergik reseptor aktivasi, hal ini menyebabkan refleks kompensasi yang mengakibatkan penurunan denyut jantung

G. Nutrisi Makro Dan Mikro

1. Makro nutrient

a. Karbohidrat

Karbohidrat memegang peranan penting dalam alam karena merupakan sumber energi utama bagi manusia dan hewan yang harganya relative murah. Semua karbohidrat berasal dari tumbuh-tumbuhan. Melalui proses fotosintesis, klorofil tanaman dengan bantuan sinar matahari mampu membentuk karbohidrat dari karbon dioksida (CO_2) berasal dari udara dan air (H_2O) dari tanah. Karbohidrat yang dihasilkan adalah karbohidrat sederhana glukosa. Disamping itu dihasilkan oksigen (O_2) yang lepas di udara. Fungsi Karbohidrat :

1) Sumber energi

Fungsi utama karbohidrat adalah menyediakan energi bagi tubuh. Karbohidrat merupakan sumber utama energi bagi penduduk di seluruh

dunia, karena banyak di dapat di alam dan harganya relatif murah. Satu gram karbohidrat menghasilkan 4 kkalori karbohidrat didalam tubuh berada dalam sirkulasi darah sebagai glukosa untuk keperluan energi segera sebagian disimpan sebagai glikogen dalam hati dan jaringan otot, dan sebagian diubah menjadi lemak untuk kemudian disimpan sebagai cadangan energi di dalam jaringan lemak. Seseorang yang memakan karbohidrat dalam jumlah berlebihan akan menjadi gemuk. System saraf sentral dan otak sama sekali tergantung pada glukosa untuk keperluan energinya.b). Pemberi rasa manis pada makanan Karbohidrat memberi rasa manis pada makanan, khususnya mono dan disakarida, sejak lahir manusia menyukai rasa manis. Alat kecapan pada ujung lidah merasakan rasa manis tersebut. Gula tidak mempunyai rasa manis yang sama. Fruktosa adalah gula paling manis. Bila tingkat kemanisan sakarosa diberi nilai 1, maka tingkat kemanisan fruktosa adalah 1,7; glukosa 0,7;maltosa 0,4; dan laktosa 0,2.

2) Penghemat protein

Bila karbohidrat makanan tidak mencukupi, maka protein akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan energi, dengan mengalahkan fungsi utamanya sebagai zat pembangun. Sebaliknya, bila karbohidrat makanan mencukupi, protein terutama akan digunakan sebagai zat pembangun.

3) Pengatur metabolisme lemak

Karbohidrat mencegah terjadinya oksidasi lemak yang tidak sempurna, sehingga menghasilkan bahan-bahan keton berupa asam asetoasetat, aseton, dan asam beta-hidroksibutirat.Bahan-bahan ini dibentuk dalam hati dan dikelurkan melalui urine dengan mengikat basa berupa ion natrium. Hal ini dapat menyebabkan ketidakseimbangan natrium dan dehidrasi, pH cairan tubuh menurun. Keadaan ini menimbulkan ketosis atau asidosis yang dapat merugikan tubuh. Dibutuhkan antara 50-100 gram karbohidrat sehari untuk mencegah ketosis.

4) Membantu pengeluaran feses

Karbohidrat membantu pengeluaran feses dengan cara mengatur peristaltik usus dan memberi bentuk pada feses. Serat dalam makanan mengatur peristaltic usus sedangkan hemiselulosa dan pectin mampu menyerap banyak air dalam usus besar sehingga memberi bentuk pada sisa makanan yang akan dikeluarkan.

b. Lemak.

Lemak merupakan sumber energi terkonsentrasi yang mudah disimpan oleh tubuh. Kebanyakan lemak dalam makanan ada dalam bentuk trigiserida, yang tersusun atas tiga asam lemak (tri-) dan satu gliserol (-gliserida). Seperti karbohidrat, trigesirida tersusun atas karbon, hydrogen, dan oksigen yang dapat dibentuk di hati dari kelebihan karbohidrat, protein dan lemak. Fungsi utama lemak adalah menyediakan energy, lemak menghasilkan 9 kkal per gram dari dua kali kalori karbohidrat atau protein. Klasifikasi lemak :

a) Lemak Sederhana

- Lemak Netral (Ester Asam Lemak dengan Gliserol), sumber : Monogliserida, Digliserida, Trigliserida
- Ester Asam Lemak dengan Alkohol Berberat Molekul Tinggi: Malam, Ester sterol, Ester Nonsterol, Ester vitamin A dan D

b) Lemak Majemuk

- Fosfolipid
- Lipoprotein

c) Lemak Turunan

- Asam Lemak: Asam Lemak Jenuh, Asam Lemak Tak Jenuh
- Sterol: Kolesterol dan orgesterol, Hormon steroid, Vitamin D, Garam empedu

c. Protein

Protein adalah bagian dari semua sel hidup dan merupakan bagian terbesar tubuh sesudah air. Seperlima bagian tubuh adalah protein, setengahnya ada di dalam otot, seperlima ada di dalam tulang dan tulang rawan, sepersepuluh di dalam kulit, dan selebihnya di dalam jaringan lain dan cairan tubuh. Semua enzim, berbagai hormon, pengangkutan zat-zat gizi dan arah, matriks intraseluler dan sebagainya adalah protein. Disamping itu asam amino yang membentuk protein bertindak sebagai prekursor sebagai prekursor sebagian besar koenzim, hormon, asam nukleat, dan molekul-molekul yang esensial untuk kehidupan. Protein mempunyai fungsi yang tidak dapat digantikan oleh zat gizi lain, yaitu membangun serta memelihara sel-sel dan jaringan tubuh. Protein adalah molekul makro yang mempunyai berat molekul antara lima ribu hingga beberapa juta. Protein terdiri atas rantai-rantai panjang asam amino, yang terikar satu sama lain dalamikatan peptida. Asam amino terdiri atas unsur-unsur karbon, hidrogen, oksigen dan nitrogen; beberapa

asam amino di samping itu mengandung unsur-unsur fosfor, besi, sulfur, iodium, dan kobalt. Unsur nitrogen adalah unsur utama protein, karena terdapat di dalam semua protein akan tetapi tidak terdapat di dalam karbohidrat dan lemak. Unsur nitrogen merupakan 16% dari berat protein.

Fungsi Protein :

- a) Pertumbuhan dan pemeliharaan.

Protein tubuh berada dalam keadaan dinamis, yang secara bergantian pecah dan disintesis kembali. Riap hari sekitar 3% jumlah protein total berada dalam keadaan berubah ini. Dinding usus setiap 4-6 hari harus diganti, membutuhkan sisntesi 70 gram protein setiap hari.

- b) Pembentukan ikatan-ikatan esensial tubuh.

Hormon tiroid, epinefrin, insulin adalah ptotein, begitu juga dengan enzim.Ikatan-ikatan ini bertindak sebagai katalisator atau membantu perubahan-perubahan biokimia yang terjadi di dalam tubuh.

- c) Mengatur keseimbangan air.

Keseimbangan cairan tubuh harus dijaga melalui sistem kompleks yang melibatkan protein dan elektrolit.

- d) Memelihara netralitas tubuh.

Protein tubuh bertindak sebagai buffer, menjaga pH tetap konstan. Sebagian besar jaringan tubuh berfungsi dalam keadaan pH netral atau sedikit alkali (pH 7,35-7,45).

- e) Pembentukan antibody

kemampuan tubuh terhadap detoksifikasi terhadap bahan-bahan racun dikontrol oleh enzim-enzim yang terdapat terutama di dalam hati.

- f) Mengangkut zat-zat gizi

protein memegang peranan esensial dalam mengangkut zat-zat gizi dari saluran cerna melalui dinding saluran cerna ke dalam darah, dari darah ke jaringan-jaringan, dan melalui membran sel ke dalam sel-sel.

- g) Sumber energi.

Protein menghasilkan energi sekitra 4 kkal/g. Namun protein sebagai sumber energi ini relatif lebih mahal.

2. Mikro nutrient

1) Vitamin

Vitamin adalah zat – zat organik kompleks yang dibutuhkan dalam jumlah sangat sedikit dan pada umumnya tidak dapat dibentuk oleh tubuh. Oleh karena itu, harus didatangkan dari luar yaitu makanan. Vitamin dapat

dibedakan menjadi dua kelompok yaitu : vitamin larut dalam lemak (vitamin A, D, E, K) dan vitamin larut dalam air.

d) Vitamin yang larut dalam lemak :

- Vitamin A, berfungsi dalam proses melihat dalam metabolism umum dan dalam proses reproduksi
- Vitamin D, berfungsi meningkatkan absorpsi kalsium dan fosfat di dalam usus, mendorong pembentukan garam-garam kalsium di dalam jaringan yang memerlukannya, meningkatkan reasorpsi fosfat di dalam tubuli ginjal
- Vitamin E, berfungsi sebagai antioksidan alamiah dan metabolisme selenium
- Vitamin K, berfungsi di dalam proses sintesa protrombin yang diperlukan dalam pembekuan darah

e) Vitamin yang larut dalam air :

- Vitamin C, berfungsi sebagai penurunan kadar kolesterol di perlukan untuk pertumbuhan tulang dan gigi, mekanisme imunitas dalam rangka daya tahan tubuh terhadap berbagai serangan penyakit dan toksin
- Vitamin B1, berfungsi dalam metabolism karbohidrat
- Vitamin B2, berfungsi dalam proses reduksi oksidasi di dalam reaksi metabolism tubuh
- Asam nikotinat, berfungsi berperan dalam proses mentransfer atom hydrogen di dalam reaksireaksi yang menghasilkan energy
- Biotin, berfungsi sebagai komponen suatu ko-enzim
- Vitamin B5, berfungsi dalam berbagai proses metabolisme bertujuan untuk energy
- Asam folat, berfungsi dalam proses reaksi-reaksi yang bersangkutan dengan sintesa furin
- Vitamin B12, berfungsi dalam reaksi-reaksi mutase dan sangat erat hubungannya dengan fungsi asam folat

2) Mineral

Tubuh tidak mampu mensintesa mineral sehingga unsure-unsur ini harus disediakan lewat makanan (essensial). Diperlukan dalam jumlah sedikit sekali (trace element)

H. Metabolisme Karbohidrat, Lemak, Protein

1. Metabolisme Karbohidrat
 - a. Dibawah pengaruh insulin dirubah menjadi glikogen dan disimpan dalam hepar
 - b. Masuk kedalam sirkulasi secara langsung dan dimetabolisis oleh jaringan tubuh secara langsung
 - c. Dirubah menjadi cadangan lemak
 - d. Disimpan dalam otot dalam bentuk glikogen dengan bantuan insulin
2. Metabolisme Lemak

Metabolisme Lemak adalah mengubah lemak menjadi gliserol dan asam lemak. Gliserol mengikuti jalan metabolisme glukosa. Sedangkan Oksidasi asam lemak yaitu rangkaian atom C dipecah menjadi fragmen 2-C melalui Beta-Oksidasi. Proses ini menyangkut pertautan koenzim A pada gugusan Karboksil (COOH) akhir dari molekul asam lemak. Hasilnya yaitu pembentukan beberapa komponen 2-C yang disebut Asetil Ko-A. jumlahnya tergantung pada jumlah atom C pada asam lemak. Keton Bodies atau badan-badan keton yaitu hasil akhir oksidasi asam lemak, terdiri dari: Asam aseto asetat, β -hidroksi butirat, dan Aseton.
3. Metabolisme Protein

Metabolisme protein merupakan metabolisme dari asam amino itu sendiri. Kira-kira 75% asam amino digunakan untuk sintesis protein. Asam-asam amino dapat diperoleh dari protein yang kita makan atau dari hasil degradasi protein di dalam tubuh kita. Degradasi ini merupakan proses kontinu. Asam amino selanjutnya digunakan untuk sintesis protein, diperoleh dari makanan yang berasal dari tumbuh-tumbuhan (protein nabati), dan makanan dari hewan (protein hewani).
4. Metabolisme Purin, Pirimidin, Porfirin
 - a. Metabolisme Purin
 - 1) Adenosin → Inosin → Hiposantin → Santin → Asam Urat
 - 2) Guanosin → Guanin → Santin → Asam Urat
 - 3) Santin oksidase adalah enzim yang merubah santin → asam urat, enzim tsb banyak terdapat di: hati, ginjal, usus halus
 - 4) Penyakit Gout (pirai) ditandai oleh tingginya asam urat dalam tubuh, sehingga terjadi penimbunan dibawah kulit berbentuk tophi
 - b. Metabolisme Pirimidin
 - 1) Sitosin → Urasil → Dihidourasil → Asam β ureidopropionat → CO₂ + NH₃

- 2) Timin → Dihidrotimin → Asam β ureidoisobutirat → CO₂ + NH₃
 - 3) Katabolisme pirimidin terutama berlangsung di hati
- c. Metabolisme Porfirin
- 1) Protein hemoglobin merupakan protein yang terdiri dari rantai polipeptida yang dinamakan APOPROTEIN dan gugus lain, yaitu gugus PROSTETIK.
 - 2) Perkataan hemoglobin adalah singkatn kata yang mempunyai arti globulin darah. Protein tersebut mengandung porfirin yang terikat pada besi di samping polimer asam amino. Oleh karenanya porfirin besi disebut HAEMA sedangkan apoproteinnya disebut GLOBIN.
 - 3) Sintesis dan katabolisma hemoprotein dan berbagai protein lain yang mengandung Fe terjadi secara terus menerus dalam tubuh seiring dengan sintesis dan katabolisme porfirin serta pemakaian kembali atom Fe.

I. Pembentukan Urea

Urea adalah suatu senyawa organik yang terdiri dari unsur karbon, hidrogen, oksigen dan nitrogen dengan rumus CON₂H₄ atau (NH₂)₂CO. Urea juga dikenal dengan nama carbamide yang terutama digunakan di kawasan Eropa. Nama lain yang juga sering dipakai adalah carbamide resin, isourea, carbonyl diamide dan carbonyldiamine. Senyawa ini adalah senyawa organik sintesis pertama yang berhasil dibuat dari senyawa anorganik, yang akhirnya meruntuhkan konsep vitalisme.Urea merupakan produk metabolik mengandung nitrogen dari katabolisme protein pada manusia. Hampir seluruh ureum dibentuk di dalam hati, dari metabolisme protein (asam amino).Urea berdifusi bebas masuk ke dalam cairan intra sel dan ekstrasel. Zat ini dipekatkan dalam urin untuk diekskresikan. Lebih dari 90% urea diekskresikan melalui ginjal, dan sebagian melalui saluran gastrointestinal dan kulit.Pada ginjal normal, 40% sampai 70% urea yang sangat difusif bergerak secara pasif keluar dari tubula ginjal dan ke dalam interstitium.

J. Keadaan Kenyang dan Puasa

1. Kenyang

Selama makan, kita memasukkan karbohidrat, lemak, dan protein, yang kemudian dicerna dan diserap. Sebagian bahan makanan digunakan dalam jalur-jalur yang menghasilkan ATP, untuk memenuhi kebutuhan energi tubuh dibawa ke depot bahan bakar, tempat bahan tersebut disimpan. Selama

periode dari permulaan absorpsi sampai selesai, kita berada dalam keadaan kenyang atau keadaan absorptive.

2. Puasa

Kadar glukosa darah memuncak pada waktu sekitar 1 jam setelah makan, dua jam setelah makan, kadar kembali ke rentang puasa (antara 80-100mg/dL) seiring dengan oksidasi atau pengubahan glukosa menjadi bentuk simpanan bahan bakar oleh jaringan penurunan glukosa menyebabkan penurunan sekresi insulin. Namun, apabila kita berpuasa terus selama 12 jam,, kita masuk ke status basal yang di kenal sebagai keadaan pasca obsoletif. Manfaat puasa bagi kesehatan tubuh :

- a. Memberi kesempatan beristirahat bagi sistem pencernaan dari seluruh kegiatan mencerna makanan dan minuman.
- b. Memberi kesempatan bagi sel dan jaringan tumbuh untuk memperbarui diri setelah di gunakan terus menerus selama sebelas bulan.) Menghindarkan penderita diabetes, tekanan darah tinggi, kencing batu dari kelebihan makanan tertentu yang menyebabkan atau memperparah penyakit tersebut.
- c. Melatih kemampuan untuk lebih dapat mengendalikan emosi, menjadi lebih sabar dan memiliki kesehatan mental yang prima dalam menghadapi berbagai tekanan dalam kehidupan

K. Tanda dan gejala kecukupan nutrisi

Tanda dan gejala kecukupan nutrisi seseorang data dilihat pada :

1. Penampilan umum

Tanda dari nutrisi yang baik yang dapat dilihat dari penampilan umumnya adalah responsive. Gejala yang dapat dilihat jika nutrisi yang kurang baik adalah lesu.

2. Postur

Tanda nutrisi yang baik dapat lihat dari postur yang tegak, lengan dan tungkai lurus. Gejala yang timbul jika nutrisi kurang baik adalah bahu kendur, dada cekung dan punggung bungkuk.

3. Otot

Tanda yang dapat dilihat jika nutrisi terpenuhi dengan baik adalah otot berkembang dengan baik, kuat, dan terdapat lemak dibawah kulit.. Sedangkan gejala yang dapat dilihat jika kecukupan nutrisi buruk adalah penampilan lemah, sering merasa nyeri dan edema.

4. Kontrol system saraf
 - a. Seseorang yang memiliki nutrisi yang baik dapat dilihat kurang iritabilitas atau kelelahan dan memiliki kestabilan psikologis.
 - b. Gejala yang timbul jika nutrisi kecukupan nutrisi krang baik adalah iritabilitas, bingung, tangan dan kaki terasa terbakar dan kesemutan.
5. Fungsi kardiovaskuler
 - a. Tanda : laju denyut dan irama jntung normal, tekanan darah normal.
 - b. Gejala : laju denyut janung cepat (di atas 100 kali/menit), irama tidak normal dan tekanan darah meningkat.
6. Vitalitas umum
 - a. Tanda : bertenaga, penampilan kuat
 - b. Gejala : mudah lelah, kurang energy, mudah tertidur dan mudah capek
7. Rambut
 - a. Tanda kecukupan nutrisi baik: rambut berkilau, kuat, kulit kepala sehat.
 - b. Gejala jika kecukupan nutrisi buruk : rambut kusam, kusut, kering, tipis dan kasar, mudah rontok.
8. Kulit
 - a. Tanda kecukupan nutrisi yang baik : kulit halus dan sedikit lembab dengan warna baik.
 - b. Gejala yang dapat dilihat jika nutrisi tidak baik : kasar, kering, bersisik, pucat.i)
9. Wajah dan leher
 - a. Tanda kecukupan nutrisi yang baik : warna merata, halus, penampilan sehat.
 - b. Gejala yang dapat dilihat jika nutrisi buruk : wajah berminyak, bersisik, kulit gelap di pipi dan dibawah mata, wajah kasar disekitar hidung dan mulut.
10. Bibir
 - a. Tanda kecukupan nutrisi yang baik : halus, penampilan lembab (tidak pecah-pecah atau bengkak).
 - b. Gejala jika nutrisi buruk : kering, lesi angular pada sudut mulut.
11. Gusi
 - a. Tanda jika kecukupan nutrisi baik : warna merah muda, tidak bengkak atau berdarah.
 - b. Gejala jika kecukupan nutrisi buruk : gusi bengkak dan mudah berdarah.

12. Lidah
Tanda jika kecukupan nutrisi baik : warna merah muda, halus. Gejala jika kecukupan nutrisi buruk : penampilan bengkak, kasar, warna daging.
13. Gigi
 - a. Tanda jika kecukupan nutrisi baik : gigi tidak berlubang dan nyeri.
 - b. Gejala jika kecukupan nutrisi buruk : penampilan salah posisi.
14. Mata
 - a. Tanda jika kecukupan nutrisi baik : mata terang, jernih, penampilan bersinar
 - b. Gejala jika kecukupan nutrisi buruk : kekeringan membrane mata, kemerahan, kering.
15. Kuku
 - a. Tanda jika kecukupan nutrisi baik : penampilan keras, merah muda
 - b. Gejala jika kecukupan nutrisi buruk : kuku mudah patah.
16. Kaki atau tungkai
 - a. Tanda jika kecukupan nutrisi baik : tidak nyeri, lemah, dan bengkak.
 - b. Gejala jika kecukupan nutrisi tidak baik : edema betis, kesemutan dan lemah

L. Pengkajian Keperawatan Pemenuhan Nutrisi

- a. Riwayat keperawatan dan diet
 - 1) Anggaran makan, makanan kesukaan, waktu makan
 - 2) Apakah ada diet yang dilakukan secara khusus?
 - 3) Apakah ada penurunan dan peningkatan berat badan dan berapa lama periode waktunya?
 - 4) Apakah ada status fisik pasien yang dapat meningkatkan diet seperti luka bakar dan demam?
 - 5) Apakah ada toleransi makan atau minum tertentu?
- b. Faktor yang mempengaruhi diet
 - 1) Status Kesehatan
 - 2) Kultur dan kepercayaan
 - 3) Status social ekonomi
 - 4) Faktor psikologis
 - 5) Informasi yang salah tentang makanan dan cara berdiet
- c. Keluhan utama
 - 1) Tidak nafsu makan, mual atau muntah
 - 2) Makan hanya sedikit atau kurang dari porsi yang disediakan

- 3) Kelemahan fisik
 - 4) Penurunan berat badan
 - 5) Kesulitan menelan
- d. Pemeriksaan fisik
- 1) Keadaan fisik: apatis, lesu.
 - 2) Berat badan: obesitas, kurus (*underweight*).
 - 3) Otot: flaksia atau lemah, tonus kurang, *tenderness*, tidak mampu bekerja.
 - 4) Sistem saraf: bingung, rasa terbakar, *paresthesia*, refleks menurun.
 - 5) Fungsi gastrointestinal: anoreksia, konstipasi, diare, flatulensi, pembesaran liver atau limpa.
 - 6) Kardiovaskuler: denyut nadi lebih dari 100 kali/permennit, irama abnormal, tekanan darah rendah atau tinggi.
 - 7) Rambut: kusam, kering, pudar, kemerahan, tipis, pecah atau patah-patah.
 - 8) Kulit: kering, pucat, iritasi, ptekie, lemak di subkutan tidak ada
 - 9) Bibir: kering, pecah-pecah, Bengkak, lesi, stomatitis, membrane mukosa pucat.
 - 10) Gusi: pendarahan, peradangan.
 - 11) Lidah: edema, hiperemis.
 - 12) Gigi: karies, nyeri, kotor.
 - 13) Mata: konjungtiva pucat, kering, eksoftalmus, tanda-tanda infeksi.
 - 14) Kuku: mudah patah.
 - 15) Pengukuran antrometri:
 - a) Berat badan ideal: (TB-100) \pm 10%.
 - b) Lingkar pergelangan tangan.
 - c) Lingkar lengan atas (MAC), nilai normal wanita: 28,5 cm, pria: 28,3 cm
 - d) Lingkar perut disebut obesitas: Pria \geq 90 cm dan Wanita \geq 80 cm
 - e) Lipatan kulit pada otot trisep (TSF), nilai normal wanita: 16,5-18 cm, pria: 12,5-16,5 cm
 - f) IMT (Indeks Masa Tubuh): BB (Kg)/TB(m)xTB(m)
- Kategori hasil IMT:
- Sangat kurus : <17
 - Kurus : 17- <18,5
 - Normal: 18,5 – 25,0
 - Gemuk: > 25 -27
 - Obesitas: > 27
- g) Laboratorium
- 1) Albumin (nilai normal 4-5,5 mg/100 ml)

- 2) Transferin (nilai normal: 17-25 mg/100 ml)
- 3) Hb (nilai normal: 12 mg%)
- 4) BUN (Nilai normal: 10-20 mg/100 ml)
- 5) Ekskresi kreatinin untuk 24 jam (nilai normal laki-laki: 0,6-1,3 mg/100 ml, wanita: 0,5-1,0 mg/100 ml)

M. Diagnosa Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Menurut SDKI

a. Berat badan lebih

1) Definisi

Akumulasi lemak berlebih atau abnormal yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin.

2) Penyebab

- a) Kurang aktivitas fisik harian
- b) Kelebihan konsumsi gula
- c) Gangguan kebiasaan makan
- d) Gangguan persepsi makan
- e) Kelebihan konsumsi alcohol
- f) Penggunaan energi kurang dari asupan
- g) Sering mengemil
- h) Sering memakan makanan berminyak/berlemak
- i) Faktor keturunan (mis. distribusi jaringan adiposa, pengeluaran energi, aktifitas lipase lipoprotein, sintesis lipid, liposis)
- j) Penggunaan makanan formula atau makanan campuran (pada bayi)
- k) Asupan kalsium rendah (pada anak-anak)
- l) Berat badan bertambah cepat (selama masa anak-anak, selama masa bayi, termasuk minggu pertama, 4 bulan pertama, dan tahun pertama)
- m) Makanan padat sebagai sumber makanan utama pada usia <5 bulan

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif: (tidak tersedia)
- b) Objektif: IMT >25 kg/m² (pada dewasa) atau berat dan panjang badan lebih replicas iwc dari presentil 95 (pada anak <2 tahun) atau IMT pada presentil ke 85-95 (pada anak 2-18 tahun)

4) Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif: (tidak tersedia)
- b) Objektif: Tebal lipatan kulit trisep >25 mm

5) Kondisi Klinis Terkait

- a) Gangguan genetic

- b) Faktor keturunan
 - c) Hipotiroid
 - d) Diabetes melitus maternal
- b. Defisit nutrisi
- 1) Definisi
 - Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolism
 - 2) Penyebab
 - a) Ketidakmampuan menelan makanan
 - b) Ketidakmampuan mencerna makanan
 - c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
 - d) Peningkatan kebutuhan metabolism
 - e) Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi)
 - f) Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan)
 - 3) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif: (tidak tersedia)
 - b) Objektif : berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal
 - 4) Gejala dan tanda minor
 - a) Subjektif
 - Cepat kenyang setelah makan
 - Kram/nyeri abdomen
 - Nafsu makan menurun
 - b) Objektif
 - Bising usus hiperaktif
 - Otot pengunyah lemah
 - Otot menelan lemah
 - Membran mukosa pucat
 - Sariawan
 - Serum albumin turun
 - Rambut rontok berlebihan
 - Diare
 - c) Kondisi Klinis terkait
 - Stroke
 - Parkinson
 - Mobius syndrome
 - Celebral palsy
 - Cleft lip
 - Cleft palate

- Amyotropic lateral sclerosis
 - Kerusakan neuromuscular
 - Luka bakar
 - Kanker
 - Infeksi
 - AIDS
 - Penyakit Crohn's
 - Enterokolitis
 - Fibrosis kistik
- c. Diare
- 1) Definisi
Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak terbentuk.
 - 2) Penyebab
 - a) Fisiologis
 - Inflamasi gastrointestinal.
 - Iritasi gastrointestinal.
 - Proses infeksi.
 - Malabsorsi.
 - b) Psikologis
 - Kecemasan.
 - Tingkat stres tinggi.
 - c) Situasional
 - Terpapar kontaminan.
 - Terpapar toksin.
 - Penyalahgunaan laksatif.
 - Penyalahgunaan zat.
 - Program pengobatan (Agen tiroid, analgesik, pelunak feses, ferosultat, antasida, cimetidine dan antibiotik).
 - d) Lingkungan
 - Perubahan air dan makanan.
 - Bakteri pada air.
 - 3) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif: (tidak tersedia).
 - b) Objektif
 - Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam.
 - Feses lembek atau cair.
 - 4) Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif
 - Urgency.
 - Nyeri/kram abdomen.

- b) Objektif
 - Frekuensi peristaltik meningkat.
 - Bising usus hiperaktif.

5) Kondisi Klinis Terkait

- a) Kanker kolon.
- b) Divericulitis.
- c) Iritasi usus.
- d) Crohn's disease.
- e) Ulkus peptikum.
- f) Gastritis.
- g) Spasme kolon.
- h) Kolitis ulseratif.
- i) Hipertiroidisme.
- j) Demam typoid.
- k) Malaria.
- l) Sigelosis.
- m) Kolera.
- n) Disentri.
- o) Hepatitis.

d. Disfungsi motilitas gastrointestinal

1) Definisi

Peningkatan, penurunan, tidak efektif atau kurangnya aktivitas perstatik gastrointestinal.

2) Penyebab

- a) Asupan enteral
- b) Intoleransi makanan
- c) Imobilisasi
- d) Makanan kontainer
- e) Malnutrisi
- f) Pembedahan
- g) Efek agen farmakologis (mis. narkotik/opiat, antibiotik, laksatif, anestesi)
- h) Proses penuaan
- i) Kecemasan

- 3) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif
 - Mengungkapkan flatus tidak ada
 - Nyeri/kram abdomen
 - b) Objektif: Suara peristaltik berubah (tidak ada, hipoaktif, atau hiperaktif)
- 4) Gejala dan Tanda Minor
 - a) Subjektif: Merasa mual
 - b) Objektif
 - Residu lambung meningkat/menurun
 - Muntah
 - Regurgitasi
 - Pengosongan lambung cepat
 - Distensi abdomen
 - Diare
 - Feses kering dan sulit keluar
 - fese keras
- 5) Kondisi Klinis Terkait
 - a) Pembedahan abdomen atau usus
 - b) Malnutrisi
 - c) Kecemasan
 - d) Kanker empedu
 - e) Kolesistekomi
 - f) Infeksi pencernaan
 - g) Gastroesophageal reflux disease (GERD)
 - h) Dialisis peritoneal
 - i) Terapi radiasi
 - j) Multiple organ dysfunction syndrome

N. Perencanaan Keperawatan Pemenuhan Nutrisi Menurut SLKI dan SIKI

a. Berat badan lebih

1) Luaran utama: Berat badan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x24 jam berat badan membaik.

No	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
1	Berat badan	1	2	3	4	5
2	Tebal lipatan kulit	1	2	3	4	5
3	Indeks masa tubuh	1	2	3	4	5

- 2) Luaran tambahan
- a) Perikaku penurunan berat badan
 - b) Status nutrisi
 - c) Tingkat ansietas
 - d) Tingkat kepatuhan
 - e) Tingkat pengetahuan

- 3) Tautan SDKI

- a) Intervensi utama

▪ **Konseling nutrisi**

Observasi:

- Identifikasi kebiasaan makan dan perilaku makan yang akan diubah
- Identifikasi kemajuan modifikasi diet secara regular
- Monitor intake dan output cairan, nilai hemoglobin, tekanan darah, kenaikan berat badan, dan kebiasaan membeli makanan

Terapeutik:

- Bina hubungan teraupetik
- Sepakati bersama waktu pemberian konseling
- Tetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistik
- Gunakan standar nutrisi sesuai program diet dalam mengevaluasi kecukupan asupan makanan
- Pertimbangkan factor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan gizi (mis. Usia, tahapan pertumbuhan dan perkembangan, penyakit)

Edukasi:

- Informasikan perlunya modifikasi diet (mis.penurunan atau penambahan berat badan, pembatasan natrium atau cairan, pengurangan kolesterol)
- Jelaskan program gizi dan persepsi pasien terhadap diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- Rujuk pada ahli gizi jika perlu

▪ Manajemen berat badan

Observasi:

- Identifikasi kondisi kesehatan pasien yang dapat mempengaruhi berat badan

Terapeutik:

- Hitung berat badan ideal pasien
- Hitung persentase lemak dan otot pasien
- Fasilitasi menentukan target berat badan yang realistik

Edukasi:

- Jelaskan hubungan antara asupan makanan, aktivitas fisik, penambahan berat badan dan penurunan berat badan
- Jelaskan faktor risiko berat badan lebih dan berat badan kurang
- Anjurkan mencatat berat badan setiap minggu, jika perlu
- Anjurkan melakukan pencatatan asupan makan, aktivitas fisik dan perubahan berat badan

▪ Promosi Latihan fisik

Observasi:

- Identifikasi keyakinan kesehatan tentang latihan fisik
- Identifikasi pengalaman olahraga sebelumnya
- Identifikasi motivasi individu untuk memulai atau melanjutkan program olahraga
- Identifikasi hambatan untuk berolahraga
- Monitor kepatuhan menjalankan program Latihan
- Monitor respons terhadap program latihan

Teraupetik:

- Motivasi mengungkapkan perasaan tentang olahraga/kebutuhan berolahraga
- Motivasi memulai atau melanjutkan olahraga

- Fasilitasi dalam mengidentifikasi model peran positif untuk mempertahankan program Latihan
- Fasilitasi dalam mengembangkan program latihan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan
- Fasilitasi dalam menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang program Latihan
- Fasilitasi dalam menjadwalkan periode regular latihan rutin mingguan
- Fasilitasi dalam mempertahankan kemajuan program Latihan
- Lakukan aktivitas olahraga bersama pasien, jika perlu
- Libatkan keluarga dalam merencanakan dan memelihara program Latihan
- Berikan umpan balik positif terhadap setiap upaya yang dijalankan pasien

Edukasi:

- Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga
- Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi Kesehatan
- Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan
- Ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat
- Ajarkan teknik menghindari cedera saat berolahraga
- Ajarkan teknik pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik

Kolaborasi :

- Kolaborasi dengan rehabilitasi medis/ahli fisiologi olagraga, jika perlu
 - Intervensi pendukung
 - Edukasi diet
 - Manajemen cairan
 - Manajemen hiperglikemi
 - Manajemen hipoglikemi
 - Manajemen nutrisi
 - Manajemen perilaku
 - Modifikasi perilaku keterampilan social
 - Pemantauan nutrisi
 - Promosi coping
 - Reduksi ansietas

b) Defisit Nutrisi

1) Luaran Utama : Status Nutrisi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x24 jam berat badan membaik

No	Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
1	Berat badan	1	2	3	4	5
2	Tebal lipatan kulit	1	2	3	4	5
3	Indeks masa tubuh	1	2	3	4	5

2) Luaran Tambahan :

- a) Berat Badan
- b) Eleminasi Fekal
- c) Fungsi Gastrointestinal
- d) Nafsu Makan
- e) Perilaku meningkatkan Berat Badan
- f) Status Menelan
- g) Tingkat Depresi
- h) Tingkat Nyeri

3) Tautan SDKI – SIKI

a) Intervensi Utama :

▪ **Manajemen Nutrisi**

Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang. Tindakan:

Observasi:

- Identifikasi status nutrisi
- Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- Identifikasi makanan yang disukai
- Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
- Monitor asupan makanan
- Monitor berat badan
- Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik:

- Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)
- Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- Berikan suplemen makanan, jika perlu
Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi:

- Ajarkan posisi duduk, jika mampu
- Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi:

- Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

▪ Promosi Berat Badan.

Definisi: Promosi berat badan adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi peningkatan berat badan.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi berat badan berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi:

- Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang
- Monitor adanya mual dan muntah
- Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari
- Monitor berat badan
- Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum

Terapeutik

- Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu
- Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis: makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender,

- makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi)
- Hidangkan makanan secara menarik
 - Berikan suplemen, jika perlu
 - Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai

Edukasi

- Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau
- Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan

b) Intervensi Pendukung :

- Edukasi Diet
- Edukasi Kemoterapi
- Konseling Laktasi
- Konseling Nutrisi
- Konsultasi
- Manajemen cairan
- Manajemen Demensia
- Manajemen Diare
- Manajemen Eliminasi Fekal
- Manajemen Energi
- Manajemen Gangguan Makan
- Manajemen Hiperglikemia
- Manajemen Kemoterapi
- Manajemen Reaksi Alergi
- Pemantauan Reaksi Alergi
- Pemantauan Cairan
- Pemantauan Nutrisi.
- Pemantauan Tanda Vital
- Pemberian Makanan
- Pemberian Makanan Enteral
- Pemberian Makanan Parenteral
- Pemberian Obat Intravena
- Terapi Menelan.

b. Diare

1) Luaran utama: Eliminasi fekal

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik

No	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
1	Kontrol pengeluaran feses	1	2	3	4	5
2	Keluhan defekasi lama dan sulit	1	2	3	4	5
3	Mengejan saat defekasi	1	2	3	4	5

- 2) Luaran tambahan
 - a) Fungsi gastrointestinal
 - b) Keseimbangan cairan
 - c) Keseimbangan elektrolit
 - d) Kontinensia fekal
 - e) Motilitas gastrointestinal
 - f) Status cairan
 - g) Tingkat infeksi
 - h) Tingkat nyeri
- 3) Tautan SDKI-SIKI
 - a) Intervensi Utama :
 - **Manajemen Diare**

Observasi:

- Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, obat-obatan, pemberian botol susu)
- Identifikasi Riwayat pemberian makanan
- Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, keputihan pada bayi)
- Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses
- Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun)

- Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal
- Monitor jumlah dan pengeluaran diare
- Monitor keamanan penyajian makanan

Terapeutik:

- Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte)
- Pasang jalur intravena
- Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu
- Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
- Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu

Edukasi:

- Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
- Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa
- Anjurkan melanjutkan pemberian ASI

Kolaborasi:

- Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)
- Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine)
- Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis: atapugit, smektit, kaolin-pektin)

■ Pemantauan Cairan

Observasi:

- Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
- Monitor frekuensi napas
- Monitor tekanan darah
- Monitor berat badan
- Monitor waktu pengisian kapiler
- Monitor elastisitas atau turgor kulit
- Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin
- Monitor kadar albumin dan protein total

- Monitor hasil pemeriksaan serum (mis: osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan BUN)
- Monitor intake dan output cairan
- Identifikasi tanda-tanda hypovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, hasil, lemah, konsentrasi urin meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)
- Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)
- Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis: prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)

Terapeutik:

- Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
- Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi:

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- Dokumentasikan hasil pemantauan

b) Intervensi Pendukung :

- Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK
- Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan Pemberian Makanan Enteral
- Edukasi Kemoterapi
- Pemantauan Elektrolit
- Pemberian Obat
- Pemberian Obat Intradermal
- Pemberian Obat Intravena
- Pemberian Obat Oral
- Konsultasi
- Irigasi Kolostorni
- Insersi Intravena

- Manajemen Cairan
- Manajemen Elektrolit
- Manajemenii Eliminasi Fekal
- Manajemen Kemoterapi
- Manajemen Lingkungan
- Manajemen Medikasi
- Manajemen Nutrisi
- Manajemen Nutrisi Parenteral
- Pengontrolan Infeksi
- Perawatan Kateter Sentral Perifer
- Perawatan Perineum
- Perawatan Selang Gastrointestinal
- Perawatan Stoma
- Promosi Berat Badan
- Reduksi Ansietas
- Terapi Intravena

c. Disfungsi Motilitas Gastrointestinal

1) Luaran utama: motilitas gastrointestinal

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatanx24 jam peristaltic gastrointestinal membaik

No	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
1	Nyeri	1	2	3	4	5
2	Kram abdominal	1	2	3	4	5
3	Mual	1	2	3	4	5
4	Muntah	1	2	3	4	5
5	Regurgitasi	1	2	3	4	5
6	Distensi abdomen	1	2	3	4	5
7	Diare	1	2	3	4	5

No	Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
1	Suara peristaltic	1	2	3	4	5
2	Ratus	1	2	3	4	5
3	Pengosongan lambung	1	2	3	4	5

2) Luaran tambahan

- a) Eliminasi fecal
- b) Keseimbangan cairan
- c) Keseimbangan elektrolit
- d) Pemulihan pascabedadah
- e) Tingkat infeksi
- f) Tingkat kenyamanan
- g) Tingkat mual/muntah
- h) Tingkat nyeri

3) Tautan SDKI-SIKI

a) Intervensi Utama

▪ Manajemen Nutrisi

Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang.

Tindakan

Observasi

- Identifikasi status nutrisi
- Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- Identifikasi makanan yang disukai
- Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- Monitor asupan makanan
- Monitor berat badan
- Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)

- Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- Berikan suplemen makanan, jika perlu
- Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- Ajarkan posisi duduk, jika mampu
- Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

▪ Pengontrolan Infeksi

Observasi

- Identifikasi pasien-pasien yang mengalami penyakit infeksi menular

Terapeutik

- Terapkan kewaspadaan universal (mis: cuci tangan aseptic, gunakan alat pelindung diri seperti masker, sarung tangan, pelindung wajah, pelindung mata, apron, sepatu bot sesuai model transmisi mikroorganisme)
- Tempatkan pada ruang isolasi bertekanan positif untuk pasien yang mengalami penurunan imunitas
- Tempatkan pada ruang isolasi bertekanan negatif untuk pasien dengan resiko penyebaran infeksi via droplet atau udara
- Sterilisasi dan desinfeksi alat-alat, furniture, lantai, sesuai kebutuhan
- Gunakan hepafilter pada area khusus (mis: kamar operasi)
- Berikan tanda khusus untuk pasien-pasien dengan penyakit menular

Edukasi

- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- Ajarkan etika batuk dan/atau bersin

b) Intervensi Pendukung

- Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan
- Manajemen Obat
- Edukasi Diet
- Edukasi Proses Penyakit

- Insersi Selang Nasogastrik
- trigasi Kolostorni
- Konseling Nutrisi
- Konsultasi
- Manajemen Reaksi Alergi
- Pemantauan Nutrisi
- Pemberian Enema
- Pemberian Makanan Enteral
- Pemberian Obat Intravena
- Pemberian Obat Oral
- Manajemen Diare
- Manajemen Eliminasi Fekal
- Manajemen Konstipasi
- Manajemen Mual
- Manajemen Muntah
- Penurunan Flatus
- Perawatan Inkontinensia Fekal
- Perawatan Selang Gastrointestinal
- Perawatan Stoma

O. Latihan

1. Buatlah resume dari materi yang dibahas dikasus sebagai berikut :
 - a. Anfis sistem pencernaan
 - b. Proses pemenuhan nutrisi
 - c. Kebutuhan nutrisi sel
 - d. Hormon – hormon terkait kebutuhan nutrisi makro dan mikro nutrient
 - e. Tanda dan gejala kecukupan nutrisi
 - f. Keadaan kenyang dan puasa
2. Soal Kasus
Seorang perempuan usia 52 tahun dirawat diruang penyakit dalam dengan diagnose medis typoid, hasil pengkajian didapatkan data klien mengeluh nafsu makan menurun, BB: 39 Kg, TB: 165 cm, TD: 110/80 mmHg, RR: 30x/menit, nadi 110x/menit, Hb 10 gr/dl, membran mukosa pucat, serum albumin turun, otot mengunyah lemah.
 - a. Sebutkan data subjektif dan objektif pada kasus diatas.
 - b. Tegakan diagnose keperawatan (SDKI) pada kasus diatas.
 - c. Buat intervensi keperawatan (SIKI dan SLKI) pada kasus diatas.

P. Rangkuman Materi

Pelayanan kesehatan dengan kualitas tinggi salah satu faktor yang mendukung yaitu tenaga kesehatan yang profesional, mereka melakukan upaya pelayanan dari mulai pencegahan dan pengobatan. Pengobatan yang dilakukan selama di rumah sakit bukan hanya berfokus pada obat, melainkan juga terapi gizi juga berperan di dalamnya. Penanganan gizi kepada pasien di rumah sakit sebaiknya dilakukan secara kolaboratif antara ahli gizi, dokter, perawat dan apoteker.

Dukungan nutrisi merupakan tugas penting dalam perawatan pasien kritis. Makna nutrisi tidak hanya sebatas makanan masuk ke tubuh pasien. Tetapi, bagaimana makanan dapat memaksimalkan proses penyembuhan pasien. Oleh karena itu, nutrisi pasien kritis dikelola oleh multidisiplin ilmu, diantaranya dokter bertanggungjawab pada seluruh proses pelaksanaan, apoteker bertanggungjawab memberikan terapi obat yang tidak mempengaruhi proses penyerapan makanan, ahli gizi bertanggungjawab menyediakan formula makanan yang tepat sesuai dengan kebutuhan pasien dan perawat bertanggungjawab menyediakan akses masuknya makanan, memaksimalkan penyerapan makanan sampai makanan dihantarkan ke sel tubuh. Perawat merupakan disiplin ilmu dengan dasar pemikiran bahwa perawatan dilakukan secara komprehensif meliputi kebutuhan bio, psiko, sosio, kultur, spiritual dalam memberikan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi harus dikuasai anatomi fisiologi system pencernaan, proses pemenuhan nutrisi, kebutuhan nutrisi sel, organ pencernaan sel, ekstraksi energi dari zat gizi, hormon-hormon terkait kebutuhan nutrisi makro dan mikro nutrient, nutrisi makro dan mikro, metabolism karbohidrat, lemak, protein, pembentukan urea, keadaan kenyang dan puasa, tanda dan gejala kecukupan nutrisi, pengkajian keperawatan pemenuhan nutrisi, diagnose keperawatan pemenuhan nutrisi menurut SDKI, perencanaan keperawatan pemenuhan nutrisi menurut SLKI dan SIKI meliputi komponen tindakkan keperawatan obsevasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Q. Daftar Pustaka

- Kozier, B., Erb., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). Fundamentals of Nursing : Concepts, Process, and Practice. New Jersey : Prentice Hall Health.
- Lynn, P. (2011). Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills. 3rd. ed. Wolter Kluwer, Lippincot Williams & Wilkins. Philadelphia.
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia:Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2009). Fundamental of Nursing. 7th Edition. Singapore : Elsevier Pte Ltd.
- P2PTM Kemenkes RI (2021) Bagaimana Cara Mengukur Indeks Massa Tubuh (IMT) / Berat Badan Normal?. <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/bagaimana-cara-mengukur-indeks-massa-tubuh-imt-berat-badan-normal> diunduh 24 Maret 2024
- Sloan Ethel (2004) Anatomi Fisiologi Untuk Pemula. Alih Bahasa: James Veldman. Jakarta. EGC
- Tarwoto (2009). Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia Untuk Mahasiswa Keperawatan, Jakarta. TIM
- Vaughans Benita W (2013). Keperawatan Dasar. Yogyakarta. Rapha Publishing
- Wartonah Tarwoto (2015). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta. Salemba Medika

BAB 18

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KDM ELIMINASI URINE DAN FEKAL/BOWEL

Feby Adolf Matekohy, S.Sit., M.Kes

Pendahuluan

Eliminasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang berperan penting untuk keberlangsungan hidup. Eliminasi dibutuhkan untuk mempertahankan homeostasis melalui pembuangan sisa-sisa metabolisme. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Eliminasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang esensial dan berperan penting untuk kelangsungan hidup manusia (Nurfantri dkk, 2022) ; (Kemenkes RI, 2016).

Bab ini berisi tentang pemenuhan kebutuhan dasar eliminasi urine dan fekal/bowel yang akan menjadi referensi mahasiswa keperawatan/calon perawat, dosen keperawatan dan praktisi pelayanan keperawatan/kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, melalui pendekatan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI), standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Dengan Mempelajari buku ini, pembaca akan memperoleh pengetahuan tentang ; 1) Konsep eliminasi urine, 2) Konsep eliminasi fekal/bowel, 3) Asuhan keperawatan pemenuhan eliminasi urine dan fekal dengan pendekatan SDKI, SLKI dan SIKI.

Secara garis besar, pembahasan dalam bab ini terbagi dalam 3 bagian yaitu ; pemenuhan kebutuhan eliminasi urine, pemenuhan kebutuhan eliminasi fekal/bowel dan konsep asuhan keperawatan dengan pendekatan SDKI, SLKI, SIKI. Untuk pembahasan eliminasi urine terdiri dari ; organ yang berperan dalam eliminasi urine, proses berkemih, faktor-faktor yg mempengaruhi eliminasi urine, gangguan kebutuhan eliminasi urine dan jenis pengambilan urine untuk pemeriksaan. Untuk pembahasan eliminasi fekal/bowel terdiri dari ; sistem yang berperan dalam eliminasi fekal, proses terjadinya eliminasi fekal, faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi fekal dan gangguan kebutuhan eliminasi fekal, Sedangkan konsep asuhan

keperawatan terdiri dari ; pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Bab ini disusun secara sistematis, ditulis dengan bahasa yang jelas dan mudah dipahami, dan dapat digunakan dalam kegiatan pembelajaran sebagai referensi dosen maupun mahasiswa serta praktisi keperawatan di sarana pelayanan kesehatan.

Metoda pembelajaran yang digunakan mengacu kepada pembelajaran berbasis mahasiswa (*Student Center Learning*) dengan strategi pembelajaran *Collaborative Learning, Discovery Learning, Case study, Small group discussion, Active lecture* dan praktik di laboratorium keperawatan untuk mensimulasikan dan mendemonstrasikan prosedur tindakan terkait pemenuhan kebutuhan eliminasi urine dan fekal.

Tujuan Intruksional dan Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan mampu memahami konsep kebutuhan eliminasi urine dan fekal/bowel serta konsep asuhan keperawatannya.

Tujuan pembelajaran pada bab ini meliputi ;

1. Menjelaskan konsep pemenuhan kebutuhan eliminasi urine.
2. Menjelaskan konsep pemenuhan kebutuhan eliminasi fekal/bowel.
3. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan eliminasi urine dan fekal menggunakan pendekatan SDKI, SLKI dan SIKI.

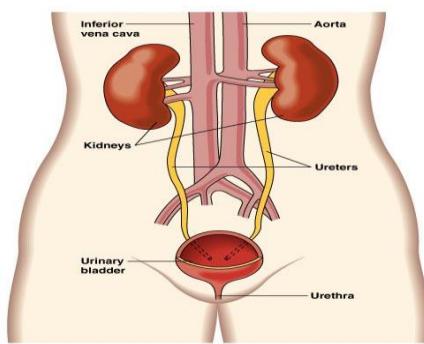
Uraian materi

Eliminasi adalah proses pembuangan sisa metabolisme yang berupa zat-zat yang sudah tidak diperlukan lagi dalam tubuh baik berupa urine maupun feses. Sedangkan Miksi/BAK adalah proses pengosongan kandung kemih bila kandung kemih terisi urine. Ada beberapa cara untuk eliminasi ini, yaitu melalui rektum untuk pengeluaran feses dan melalui uretra untuk pengeluaran urin. Selain keduanya, pengeluaran sisa metabolisme dapat melalui kulit yaitu berupa pengeluaran keringat dan melalui paru berupa pengeluaran CO₂ (karbondioksida) dan uap air (Alifariki dkk, 2023); (Kemenkes, 2017).

A. Eliminasi Urine

1. Organ yang berperan dalam eliminasi urine

Organ tubuh yang berperan untuk fungsi eliminasi urine adalah ginjal, ureter, kandung kemih dan uretra. Sebagaimana terlihat pada gambar berikut :



Gambar 18.1 Anatomi Sistem Perkemihan

Organ yang berperan dalam terjadinya eliminasi urine dapat dijelaskan sebagai berikut : (Alifariki dkk, 2023) ; (Nurfantri dkk, 2022).

1) Ginjal

Ginjal merupakan organ *retroperitoneal* (dibelakang selaput perut) yang terdiri atas ginjal sebelah kanan dan kiri tulang punggung. Ginjal berperan sebagai pengatur komposisi dan volume cairan dalam tubuh. Ginjal juga menyaring bagian dari darah untuk dibuang dalam bentuk urine sebagai zat sisa yang tidak diperlukan oleh tubuh. Bagian ginjal terdiri atas *nefron*, yang merupakan unit dari struktur ginjal yang berjumlah kurang lebih satu juta *nefron*. Melalui *nefron*, urine disalurkan ke dalam bagian pelvis ginjal kemudian disalurkan melalui ureter ke kandung kemih.

2) Ureter

Dari setiap ginjal, urine diangkut oleh peristaltik ritmik melalui ureter ke kandung kemih. Ureter masuk ke kandung kemih secara miring. Lipatan membran dalam kandung kemih menutup pintu masuk ke ureter sehingga urine tidak dipaksa menaikkan ureter ke ginjal ketika ada tekanan di dalam kandung kemih

3) Kandung Kemih

Kandung kemih merupakan sebuah kantong yang terdiri atas otot halus yang berfungsi sebagai penampung urine. Dalam kandung kemih, terdapat lapisan jaringan otot yang memanjang di tengah dan melingkar disebut sebagai *detrusor* dan berfungsi untuk mengeluarkan urine. Pada dasar kandung kemih, terdapat lapisan tengah jaringan otot yang berbentuk lingkaran bagian dalam atau disebut sebagai otot lingkar yang berfungsi menjaga saluran antara kandung kemih dan uretra sehingga uretra dapat menyalurkan urine dari kandung kemih keluar tubuh.

Penyaluran rangsangan ke kandung kemih dan rangsangan motorik ke otot lingkar bagian dalam diatur oleh sistem simpatis. Akibat dari rangsangan ini, otot lingkaran menjadi kendur dan terjadi kontraksi *sfincter* bagian dalam sehingga urine tetap tinggal dalam kandung kemih. Sistem parasimpatis menyalurkan rangsangan motorik kandung kemih dan rangsangan penghalang ke bagian dalam otot lingkar. Rangsangan ini dapat menyebabkan terjadinya kontraksi otot *detrusor* dan kendurnya *sfincter*.

4) Uretra

Uretra merupakan organ yang berfungsi untuk menyalurkan urine ke bagian luar. Fungsi uretra pada perempuan mempunyai fungsi berbeda dengan yang terdapat pada laki-laki. Pada laki-laki uretra digunakan sebagai tempat pengaliran urine dan sistem reproduksi, berukuran panjang kurang lebih 20 cm. Uretra laki-laki terdiri dari tiga bagian yaitu : uretra prostatic, uretra membranosa dan uretra kavernosa.

Pada perempuan, uretra memiliki panjang 4-6,5 cm dan hanya berfungsi untuk menyalurkan urine ke bagian luar tubuh. Saluran perkemihan dilapisi membran mukosa, dimulai dari meatus uretra hingga ginjal. Secara normal, mikroorganisme tidak ada yang bisa melewati uretra bagian bawah tetapi membrane mukosa ini pada

keadaan patologis yang terus menerus maka akan menjadi media yang baik untuk pertumbuhan beberapa patogen.

2. Proses berkemih

Berkemih merupakan proses pengosongan vesika urinaria kandung kemih). Vesika urinaria dapat menimbulkan rangsangan saraf bila urinaria berisi kurang lebih 25-450 cc (pada orang dewasa) dan 200-250 cc (pada anak-anak).

Proses berkemih dimulai dengan terkumpulkan urine dalam vesika urinaria yang merangsang syaraf – syaraf sensorik di dalam dinding vesika urinaria (bagian reseptor). Mekanisme berkemih terjadi karena vesika urinaria berisi urine yang dapat menimbulkan rangsangan, melalui medulla spinalis di hantarkan ke pusat pengontrol berkemih yang terdapat di korteks serebral, kemudian otak memberikan impuls/rangsangan melalui medulla spinalis ke neuromotorik di daerah sakral, dan terjadi koneksi otot detrusor dan relaksasi otot sphincter internal. Kemudian urine dilepaskan dari vesika urinaria tetapi masih tertahan di sfingter eksternal. Jika waktu dan tempat memungkinkan, maka akan menyebabkan relaksasi sfingter eksternal dan urine dan urin akan dikeluarkan (berkemih). Komposisi urin adalah ; Air (96%) dan larutan (4%) yang terdiri atas Larutan organic (urea, ammonia, keratin dan asam urat) Larutan anorganik (natrium/sodium, klorida, kalium/potassium, sulfate magnesium, fosfor. Natrium klorida merupakan garam anorganik yang paling banyak (Nurfantri dkk, 2022)

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi urine (Alifariki dkk, 2023)

Eliminasi urine dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu ;

1) Diet dan Asupan (*Intake*)

Jumlah dan tipe makanan merupakan faktor utama yang mempengaruhi *output* urine (jumlah urine). Protein dan natrium dapat menentukan jumlah urine yang dibentuk. Selain itu, minum kopi juga dapat meningkatkan pembentukan urine.

2) Respons keinginan awal untuk berkemih

Kebiasaan mengabaikan keinginan awal untuk berkemih dapat menyebabkan urine banyak tertahan di dalam *vesika urinaria* sehingga mempengaruhi ukuran *vesika urinaria* dan jumlah pengeluaran urine.

3) Gaya hidup

Seseorang yang sudah terbiasa berkemih di toilet akan mengalami

kesulitan jika berkemih dengan *urinal* atau pot urine.

4) Stres psikologi

Meningkatnya stress dapat meningkatkan frekuensi keinginan berkemih. Hal ini karena meningkatnya sensitivitas untuk keinginan berkemih dan jumlah urine yang diproduksi

5) Tingkat aktivitas dan tonus otot

Eliminasi urine membutuhkan tonus otot *vesika urinaria* yang baik untuk fungsi *sifingter*. Kemampuan tonus otot didapatkan dengan beraktivitas. Hilangnya tonus otot *vesika urinaria* dapat menyebabkan kemampuan pengontrolan berkemih menurun. Tonus otot yang berperan penting dalam membantu proses berkemih adalah otot kandung kemih, otot abdomen dan pelvis. Ketiganya berperan dalam kontraksi sebagai pengontrolan pengeluaran urine.

6) Tingkat perkembangan

Tingkat perkembangan juga akan mempengaruhi pola berkemih. Pada Wanita hamil kapasitas kandung kemihnya menurun karena adanya tekanan dari fetus sehingga sering berkemih. Pada usia tua terjadi penurunan tonus otot kandung kemih dan penurunan Gerakan peristaltic intestinal.

7) Kondisi penyakit

Kondisi penyakit dapat mempengaruhi produksi urine, seperti diabetes melitus

8) Sosio kultural

Budaya dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan eliminasi urine, seperti adanya kultur pada masyarakat tertentu yang melarang untuk buang air kecil di tempat tertentu.

9) Pembedahan

Efek pembedahan menurunkan *filtrasi glomerulus* sebagai dampak dari pemberian obat anestesi sehingga menyebabkan penurunan jumlah produksi urine.

10) Pengobatan

Pemberian Tindakan pengobatan dapat berdampak pada terjadinya peningkatan atau penurunan proses perkemihan.

4. Gangguan kebutuhan eliminasi urine

Gangguan eliminasi urine adalah keadaan seorang individu mengalami atau beresiko mengalami disfungsi eliminasi urine. Biasanya orang yang mengalami gangguan eliminasi urine akan dilakukan kateterisasi yaitu tindakan memasukkan selang kateter ke dalam kandung kemih melalui uretra dengan tujuan mengeluarkan urine. Beberapa gangguan eliminasi urin menurut (Nurfantri dkk, 2022) ; (Kemenkes RI, 2016) sebagai berikut :

1) Retensi urine

Retensi urine merupakan penumpukan urine dalam kandung kemih akibat ketidakmampuan kandung kemih untuk mengosongkan kandung kemih. Hal ini menyebabkan distensi vesika urinaria atau merupakan keadaan Ketika seseorang mengalami pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap. dalam keadaan distensi vesika urinaria dapat menampung urine 300 – 400 ml urine.

2) Inkontinensia urine

Inkontinensia urine merupakan ketidakmampuan otot sfingter eksternal sementara atau menetap untuk mengontrol ekskresi urine. Secara umum, penyebab dari inkontinensia urine adalah proses penuaan (aging process), pembesaran kelenjar prostat, penurunan kesadaran serta penggunaan obat narkotik dan sedatif.

3) Enuresis

Enuresis merupakan ketidaksanggupan menahan kemih yang diakibatkan tidak mampu mengontrol sfingter eksterna. Biasanya enuresis terjadi pada anak atau lansia. Umumnya enuresis terjadinya pada malam hari (nocturnal enuresis).

4) Perubahan pola eliminasi

Perubahan pola eliminasi urine merupakan keadaan seseorang yang mengalami gangguan pada eliminasi urine karena obstruksi anatomic, kerusakan motorik, sensorik dan infeksi saluran kemih. Perubahan pola eliminasi meliputi ; (Nurfantri dkk, 2022); (Alifariki L.O dkk, 2023)

a) Frekuensi

Frekuensi merupakan banyaknya jumlah berkemih dalam sehari. Peningkatan frekuensi berkemih dikarenakan meningkatnya jumlah cairan yang masuk. Frekuensi yang tinggi tanpa suatu tekanan asupan cairan dapat disebabkan oleh sistitis. Frekuensi

tinggi dapat ditemukan juga pada keadaan stress atau hamil.

b) Urgensi

Urgensi adalah perasaan seseorang yang takut mengalami inkontinensia jika tidak berkemih. Pada umumnya, anak kecil memiliki kemampuan yang buruk dalam mengontrol sfingter eksternal. Biasanya, perasaan segera ingin berkemih terjadi pada anak karena kurangnya kemampuan pengontrolan pada sfingter.

c) Disuria

Disuria adalah rasa sakit dan kesulitan dalam berkemih. Hal ini sering ditemukan pada penyakit infeksi saluran kemih dan trauma.

d) Poliuria

Poliuria merupakan produksi urine abnormal dalam jumlah besar oleh ginjal tanpa adanya peningkatan asupan cairan. Hal ini dapat ditemukan pada penyakit diabetes melitus dan penyakit ginjal kronis.

e) Urinaria supresi

Urinaria supresi adalah berhentinya produksi urine secara mendadak. Secara normal, urine diproduksi oleh ginjal pada kecepatan 60-120 ml/jam secara terus menerus.

5. Jenis pengambilan urine untuk pemeriksaan (Alifariki dkk, 2023)

1) Pengambilan urine biasa

Merupakan pengambilan urine dengan mengeluarkan urine secara biasa yaitu buang air kecil. Pengambilan urine biasa ini digunakan untuk pemeriksaan kadar gula dalam urine, pemeriksaan kehamilan dll.

2) Pengambilan urine steril

Merupakan pengambilan urine dengan menggunakan alat steril, dilakukan dengan kateterisasi atau fungsi suprapubik yang bertujuan mengetahui adanya infeksi pada uretral, ginjal atau saluran kemih lainnya.

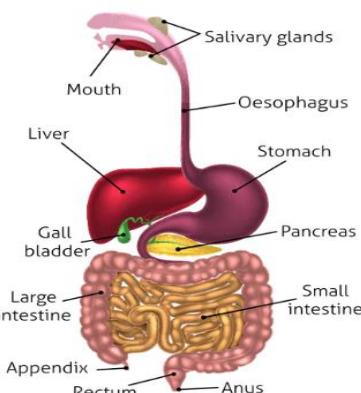
3) Pengambilan urine 24 jam

Merupakan pengambilan urine yang dikumpulkan dalam waktu 24 jam, bertujuan untuk mengetahui jumlah urine selama 24 jam dan mengukur berat jenis, asupan dan output serta mengetahui fungsi ginjal.

B. Eliminasi Fekal

1. Sistem yang berperan dalam eliminasi fekal

Sistem tubuh berperan dalam proses eliminasi fekal (buang air besar) adalah sistem gastrointestinal bawah yang meliputi usus halus dan usus besar. Usus halus terdiri atas duodenum, jejunum, dan ileum dengan panjang ± 6 m diameter 2,5 cm. Usus halus berfungsi dalam absorpsi elektrolit Na+, Cl-, K+, Mg2+, HC03, dan Ca2+. Usus besar dimulai dari rektum, kolon hingga anus yang memiliki panjang ± 1,5 m atau 50-60 inci dengan diameter 6 cm. Usus besar merupakan bagian bawah atau bagian ujung dari saluran pencernaan, dimulai dari katup ileum caecum sampai ke anus. Makanan yang diterima oleh usus halus dari lambung dalam bentuk setengah padat, chyme baik berupa air, nutrien, maupun elektrolit kemudian akan diabsorbsi. Produk buangan yang memasuki usus besar isinya berupa cairan (Nurfantri dkk, 2022).



Gambar 18.1 Anatomi Sistem Pencernaan

Setiap hari saluran usus menyerap sekitar 800-1000 ml cairan. Penyerapan inilah yang menyebabkan feses mempunyai bentuk dan setengah padat. Jika penyerapan tidak baik. Kalau feses terlalu lama dalam usus besar, maka terlalu banyak air yang diserap sehingga feses menjadi kering dan keras. Pada batas antara usus besar dan ujung usus halus terdapat katup ileocaecal. Katup ini biasanya mencegah zat yang masuk ke usus besar sebelum waktunya, dan mencegah produk buangan untuk kembali ke usus halus. Produk buangan cepat melalui usus besar, feses itu lunak dan berair (Kemenkes, 2016).

Usus akan mensekresi mukus, kalium, bikarbonat, dan enzim. Secara umum, kolon berfungsi sebagai tempat absorpsi, proteksi, sekresi, dan eliminasi. Kolon sigmoid mengandung feses yang sudah siap untuk dibuang dan

diteruskan ke dalam rektum. Panjang rektum 12 cm, 2,5 cm merupakan saluran anus. Dalam rektum terdapat tiga lapisan jaringan transversal. Ketiga lapisan tersebut merupakan rektum yang menahan feses untuk sementara, dan setiap lipatan lapisan tersebut mempunyai arteri dan vena (Nurfantri dkk, 2022).

Gerakan peristaltik yang kuat dapat mendorong feses ke depan. Gerakan ini terjadi 1-4 kali dalam waktu 24 jam. Peristaltik sering terjadi sesudah makan. Biasanya 1/2-1/3 dari produk buangan hasil makanan dicernakan dalam waktu 24 jam, dibuang dalam feses dan sisanya sesudah 24–48 jam berikutnya. Proses perjalanan makanan dari mulut hingga sampai rectum membutuhkan waktu selama 12 jam. Proses perjalanan makanan, khususnya pada daerah kolon, memiliki beberapa gerakan, di antaranya haustral suffing atau dikenal sebagai gerakan mencampur zat makanan dalam bentuk padat untuk mengabsorpsi air, kemudian diikuti dengan kontraksi haustral atau gerakan mendorong zat makanan/air pada daerah kolon dan terakhir terjadi gerakan peristaltik yaitu gerakan maju ke anus (Nurfantri dkk, 2022) ; (Risnah dkk, 2022).

Otot lingkar (sphincter) bagian dalam dan luar saluran anus menguasai pembuangan feses dan gas dari anus. Rangsangan motorik disalurkan oleh sistem simpatis dan rangsangan penghalang oleh sistem parasimpatis (kraniosakral). Bagian dari sistem saraf otonom ini memiliki sistem kerja yang berlawanan dalam keseimbangan yang dinamis. Sphincter luar anus merupakan otot bergaris dan di bawah penguasaan parasimpatis. Baik di waktu sakit maupun sehat dapat terjadi gangguan pada fungsi normal pembuangan oleh usus yang dipengaruhi oleh jumlah, sifat cairan, makanan yang masuk, taraf kegiatan, dan keadaan emosi (Nurfantri dkk, 2022).

2. Proses terjadinya eliminasi fekal

Defekasi/BAB adalah proses pengosongan usus yang sering disebut dengan buang air besar (Nurfantri dkk, 2022). Proses defeksi mengacu pada proses pengosongan usus besar. Pusat mengatur refleks untuk buang air besar, yaitu di medula dan di sumsum tulang belakang. Ketika stimulasi parasimpatis terjadi, sfingter anus interna mengendur dan kolon berkontraksi, memungkinkan massa feses memasuki rektum. Rektum menjadi terisi oleh massa feces, dan terjadi stimulus utama untuk refleks buang air besar. Distensi rektal menyebabkan peningkatan tekanan intrarektal, menyebabkan otot meregang dan dengan demikian merangsang refleks buang air besar dan selanjutnya keinginan untuk

mengeluarkan. Sfingter anal eksternal, yang berada di bawah kendali yang disadari. Pola eliminasi normal dapat bervariasi secara luas di antara individu. Meski banyak orang dewasa yang melakukan defekasi setiap hari, tetapi ada juga yang jarang defikasi. Sebagian orang hanya buang air besar dua atau tiga kali seminggu dan ada juga dua atau tiga kali sehari (Risnah dkk, 2022).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi fekal (Kemenkes, 2016) ; (Alifariki dkk, 2023).

- a. Usia

Setiap tahap perkembangan, usia memiliki kemampuan mengontrol proses defekasi yang berbeda. Bayi belum memiliki kemampuan mengontrol secara penuh dalam buang air besar, sedangkan orang dewasa sudah memiliki kemampuan mengontrol secara penuh, kemudian pada usia lanjut proses pengontrolan tersebut mengalami penurunan.

- b. Diet

Diet, pola atau jenis makanan yang dikonsumsi dapat memengaruhi proses defekasi. Makanan yang memiliki kandungan serat tinggi dapat membantu proses percepatan defekasi dan jumlah yang dikonsumsi pun dapat mempengaruhinya.

- c. Intake cairan

Pemasukan cairan yang kurang dalam tubuh membuat defekasi menjadi keras. Oleh karena itu, proses absorpsi air yang kurang menyebabkan kesulitan proses defekasi.

- d. Aktivitas

Aktivitas dapat memengaruhi defekasi karena melalui aktivitas tonus otot abdomen, pelvis dan diafragma dapat membantu kelancaran proses defekasi. Hal ini membuat proses Gerakan peristaltic pada daerah kolon dapat bertambah baik.

- e. Pengobatan

Pengobatan dapat memengaruhi defekasi, seperti penggunaan laksatif atau antasida yang terlalu sering. kedua jenis tersebut dapat melunakan feses dan meningkatkan peristaltik usus. Penggunaan yang lama menyebabkan usus besar kehilangan tonus ototnya dan menjadi kurang responsif terhadap stimulasi yang diberikan oleh laksatif.

- f. Gaya hidup

Kebiasaan atau gaya hidup dapat memengaruhi prose defekasi. Hal ini

dapat terlihat pada seseorang yang memiliki gaya hidup sehat/kebiasaan melakukan buang air besar di tempat yang bersih atau ke toilet ketika tempatnya kotor atau terbuka maka ia akan mengalami kesulitan dalam proses defekasi.

g. Penyakit

Beberapa penyakit dapat memengaruhi proses defekasi, biasanya penyakit-penyakit tersebut berhubungan langsung dengan sistem pencernaan, seperti gastroenteritis atau penyakit infeksi lainnya.

h. Sensasi nyeri

Adanya nyeri dapat memengaruhi kemampuan/ keinginan untuk defekasi, seperti nyeri pada kasus hemoroid dan episiotomi.

i. Kerusakan saraf sensorik dan motorik

Kerusakan pada sistem sensoris dan motorik dapat memengaruhi proses defekasi karena dapat menimbulkan proses penurunan stimulasi sensoris dalam melakukan defekasi. Hal tersebut dapat diakibatkan karena kerusakan pada tulang belakang atau kerusakan saraf lainnya.

4. Gangguan kebutuhan eliminasi fekal (Heriana, 2014) ; (Kemenkes, 2016).

Banyak gangguan dan kondisi yang mempengaruhi fungsi usus, meskipun banyak perubahan dalam pola eliminasi fekal dapat diamati, dan terdapat tiga yang menyebabkan perubahan umum yaitu; konstipasi, diare dan inkontinensia fekal.

a. Konstipasi

Faktor diet dapat berkontribusi terhadap konstipasi. Dehidrasi menyebabkan pengeringan tinja ketika tubuh meningkatkan reabsorpsi air dan natrium dari usus. Makanan massal yang tidak memadai juga menyebabkan dehidrasi tinja. Penyakit divertikular, masalah umum pada manusia, juga mengurangi transit kolon, yang selanjutnya meningkatkan risiko sembelit/konstipasi.

b. Diare

Diare adalah bentuk feses yang cair karena peningkatan frekuensi dan konsistensinya, dan dapat menyebabkan perubahan kebiasaan buang air besar seseorang. Penyebab utama diare termasuk agen infeksi, gangguan malabsorpsi, penyakit radang usus, sindrom usus pendek, efek samping obat dan penyalahgunaan pencahar atau enema.

c. Fecal Impaction/impaksi feces

Masa feses yang keras di lipatan rektum yang diakibatkan oleh retensi dan akumulasi material feses yang berkepanjangan. Biasanya disebabkan

oleh konstipasi, intake cairan yang kurang, kurang aktivitas, diet rendah serat dan kelemahan tonus otot.

d. Kembung

Flatus yang berlebihan di daerah intestinal sehingga menyebabkan distensi intestinal, dapat disebabkan karena konstipasi, penggunaan obat-obatan (barbiturat, penurunan ansietas, penurunan aktivitas intestinal), mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung gas.

e. Hemoroid

Pelebaran vena di daerah anus sebagai akibat peningkatan tekanan di daerah tersebut. Penyebabnya adalah konstipasi kronis, perengangan maksimal saat defikasi, kehamilan dan obesitas.

f. Inkontinensia fekal

Mekanisme utama yang memengaruhi orang dewasa terhadap inkontinensia fekal adalah disfungsi sfingter anal, gangguan pengiriman tinja ke rektum, gangguan penyimpanan rektum, dan cacat anatomi. Gangguan volume tinja dan konsistensi biasanya tidak cukup untuk menghasilkan inkontinensia fekal pada individu yang normal.

C. Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi Urine dan Fekal dengan Pendekatan SDKI, SLKI dan SIKI

(Pokja DPP PPNI, 2019) ; (Alifariki dkk, 2023)

1. Pengkajian

a. Eliminasi urine

1) Pola berkemih

- a) Dribbing (urine menetes sedikit demi sedikit)
- b) Nokturia (sering terbangun pada malam hari karena ingin buang air kecil)
- c) Anuria (tidak merasakan keinginan berkemih)
- d) Glicosuria (terdapat kandungan glukosa pada urine)
- e) Piuria (terdapat pus pada urine)

2) Gejala dari perubahan berkemih

- a) Frekuensi (terjadi perubahan jumlah berkemih dalam sehari)
- b) Desakan berkemih/Urgensi (pasien selalu merasakan tiba-tiba ingin berkemih)
- c) Disuria (nyeri saat buang air kecil)
- d) Poliuria (pasien merasakan sering buang air kecil)

3) Volume urine

Jumlah volume urin perhari berdasarkan usia sebagai berikut ;

- a) Usia 1-2 hari ; 15-600 ml
- b) 3-10 hari ; 100-300 ml
- c) 10 hari-2 bulan ; 250-400 ml
- d) 2 bulan-1 tahun ; 400-500 ml
- e) 1-3 tahun ; 500-600 ml
- f) 3-5 tahun ; 600-700 ml
- g) 5-8 tahun ; 700-1000 ml
- h) 8-14 tahun ; 800-1400 ml
- i) 14 tahun-dewasa ; 1500 ml
- j) Dewasa tua ± 1550 ml

4) Faktor yang mempengaruhi kebiasaan berkemih

- a) Diet (kurangnya asupan cairan dan buah dapat menyebabkan penurunan haluanan urine).
- b) *Life style* dan tingkat aktivitas.
- c) Stress psikologis (dapat meningkatkan frekuensi keinginan berkemih).

5) Kondisi urine

- a) Warna urin kekuningan. Urine berwarna gelap seperti teh merupakan efek obat, sedangkan urine yang berwarna merah dan kuning pekat mengidentifikasi adanya penyakit.
- b) Bau urin aromatik. Bau menyengat merupakan akibat adanya infeksi/konsumsi obat tertentu.
- c) Berat jenis urin 1,010-1,030, menunjukkan kondisi normal (cairan dan elektrolit terpenuhi)
- d) pH urin dalam kondisi asam (4,5-7,5), menunjukkan keseimbangan asam basa.
- e) Zat protein makro seperti albumin, hiitrogen, globulin tidak dapat disaring melalui ginjal, bila ditemukan dalam urine menunjukkan adanya kerusakan ginjal.
- f) Urin tidak mengandung darah, jika ditemukan hematuri maka adanya trauma atau penyakit pada sistem urinaria bagian bawah.
- g) Sejumlah glukosa yang tidak menetap bersifat tidak berarti, jika menetap mengindikasikan penyakit diabetes mellitus

6) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik untuk pola eliminasi berfokus pada masalah fungsional yang terkait dengan inkontinensia urin atau fekal dan menilai area perineum dan perianal. Evaluasi fungsional dimulai dengan wawancara dan berlanjut hingga pemeriksaan fisik. Status mental dapat dievaluasi dengan mendengarkan respons klien terhadap pertanyaan dan dengan mengamati interaksi dengan orang lain.

Perineum awalnya diperiksa untuk menilai integritas kulit. Di antara klien dengan inkontinensi urine yang parah, bau khas urine mungkin ada, dan kulit mungkin menunjukkan tanda-tanda ruam monilial (makulo papular, ruam merah dengan lesi satelit) atau dermatitis kontak amonia (ruam papula dengan kulit maserasi jenuh). Di antara pasien dengan inkontinensia fekal yang parah, kulit sering gundul, merah, dan menyakitkan saat disentuh, khususnya jika sudah terkena feses yang cair. (Risnah dkk, 2022) ; (Nurfantri dkk, 2022).

7) Pemeriksaan diagnostik

Jenis pemeriksaan yang biasa dilakukan berupa urinalisis dengan memeriksa : warna jernih kekuningan; penampilan jernih; bau beraroma; pH 4,5-8,0; berat jenis 1,005 – 1,030; glukosa negatif; keton negatif; kultur urine tidak dijumpai kuman patogen (Kemenkes RI, 2016).

b. Eliminasi fekal (Heriana, 2014) ; (Alifariki dkk, 2023)

1) Riwayat pola defikasi

- a) Pola defikasi ; frekuensi, pernah berubah
- b) perilaku defikasi ; penggunaan laksatif, cara mempertahankan pola
- c) Deskripsi feces ; warna, bau dan tekstur
- d) Diet ; makanan yang mempengaruhi defikasi, makanan yang biasa dimakan, makanan yang dihindari dan pola makan yang teratur atau tidak
- e) Cairan ; jumlah dan jenis minuman/hari
- f) Aktivitas ; kegiatan sehari-hari
- g) Kegiatan yang spesifik

- h) Penggunaan medikasi ; obat-obatan yang mempengaruhi defikasi
 - i) Stres ; stres yang berkepanjangan atau pendek, coping untuk menghadapi atau bagaimana menerimanya
 - j) Pembedahan atau penyakit menetap
- 2) Pemeriksaan fisik
- a) Abdomen ; distensi, simetris, gerakan peristaltik, adanya massa pada perut, tenderness.
 - b) Rektum dan anus ; tanda inflamasi, perubahan warna, lesi, fistula, hemoroid, adanya massa, nyeri tekan.
- 3) Kondisi feces ; konsistensi, bentuk, bau, warna, jumlah, unsur abnormal dalam feces (mis ; lendir atau darah).
- 4) Pemeriksaan diagnostik ; anuskopi dan foto rontgen.

2. Diagnosis keperawatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2017)

Berdasarkan Standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI), Adapun masalah keperawatan yang mungkin dijumpai adalah sebagai berikut:

1) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

- a) Definisi ; disfungsi eliminasi urine
- b) Penyebab ;
 - (1) Penurunan kapasitas kandung kemih
 - (2) Iritasi kandung kemih
 - (3) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
 - (4) Efek tindakan medis dan diagnostik (mis; operasi ginjal, operasi kandung kemih, anestesi dan obat-obatan).
 - (5) Kelemahan otot pelvis
 - (6) Ketidakmampuan mengakses toilet (imobilisasi)
 - (7) Hambatan lingkungan
- c) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif ;
 - (1) Desakan berkemih (urgensi)
 - (2) Urine menetes (dribbling)
 - (3) Sering buang air kecil
 - (4) Nokturia
 - (5) Mengompol
 - (6) Enuresis
 - Objektif ;

- (1) Distensi kandung kemih
- (2) Berkemih tidak tuntas (hesitancy)
- (3) Volume residu urine meningkat
- d) Gejala dan tanda minor (tidak tersedia)
- e) Kondisi klinis terkait
 - (1) Infeksi ginjal dan saluran kemih
 - (2) Hiperglikemi
 - (3) Trauma
 - (4) Kanker
 - (5) Cedera/tumor/infeksi medulla spinalis
 - (6) Neuropati diabetikum
 - (7) Neuropati alkoholik
 - (8) Stroke
 - (9) Parkinson
 - (10) Skeloris multipel
 - (11) Obat alpha adrenergik

2) Inkontinensia fekal (D.0041)

- a) Definisi ; Perubahan kebiasaan buang air besar dari pola normal yang ditandai dengan pengeluaran feces secara involunter (tidak disadari).
- b) Penyebab
 - (1) Kerusakan saraf motorik bawah
 - (2) Penurunan tonus otot
 - (3) Gangguan kognitif
 - (4) Penyalagunaan laksatif
 - (5) Kehilangan fungsi pengendalian sfinter rektum
 - (6) Pascaoperasi pullthrough dan penutupan kolostomi
 - (7) Ketidakmampuan mencapai kamar kecil
 - (8) Diare kronis
 - (9) Stress berlebihan
- c) Gejala dan tanda mayor

Subjektif ;

 - (1) Tidak mampu mengontrol pengeluaran feces
 - (2) Tidak mampu menunda defikasi

Objektif ;

 - (1) Feces keluar sedikit-sedikit dan sering
- d) Gejala dan tanda minor

- Subjektif ; Tidak tersedia
- Objektif ; Bau feces dan kulit perianal kemerahan
- e) Kondisi klinis terkait
 - (1) Spina bifida
 - (2) Atresia ani
 - (3) Penyakit hirschsprung

3) Inkontinensia urine refleks (D.0045)

- a) Definisi ; Pengeluaran urine yang tidak terkendali pada saat volume kandung kemih tertentu tercapai
- b) Penyebab
 - (1) Kerusakan kondisi impuls di atas arkus refleks
 - (2) Kerusakan jaringan (mis ; terapi radiasi)
- c) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif ;
 - (1) Tidak mengalami sensasi berkemih
 - (2) Dribbling
 - (3) Sering buang air kecil
 - (4) Hesitancy
 - (5) Nokturia
 - (6) Enuresis
 - Objektif ; volume residu urine meningkat
- d) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif dan objektif ; tidak tersedia
- e) Kondisi klinis terkait
 - (1) Cedera/tumor/infeksi medulla spinalis
 - (2) Cystitis
 - (3) Pembedahan pelvis
 - (4) Sklerosis multipel
 - (5) Kanker kandung kemih atau pelvis
 - (6) Penyakit parkinson
 - (7) Demensia

4) Kesiapan meningkatkan eliminasi urine (D.0048)

- a) Definisi ; pola fungsi sistem perkemihan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan eliminasi yang dapat ditingkatkan
- b) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif ; mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin

- Objekti ; jumlah urine normal dan karakteristik urine normal
- c) Gejala dan tanda minor
- Subjektif ; tidak tersedia
- Objektif ; Asupan cairan cukup
- d) Kondisi klinis terkait
- (1) Cedera medulla spinalis
 - (2) Sklerosis multipel
 - (3) Kehamilan
 - (4) Trauma pelvis
 - (5) Pembedahan abdomen
 - (6) Penyakit prostat

5) Retensi urine (D.0050)

- a) Definisi ; pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap
- b) Penyebab
- (1) Peningkatan tekanan uretra
 - (2) Kerusakan arkus refleks
 - (3) Blok spongter
 - (4) Disfungsi neurologis (mis ; trauma, penyakit saraf)
 - (5) Efek agen farmakologis (mis ; atropin, belladona, psikotropik, antihistamin, opiate)
- c) Gejala dan tanda mayor
- Subjektif ; Sensasi penuh pada kandung kemih
- Objektif ; Disuria/anuria dan distensi kandung kemih
- d) Gejala dan tanda minor
- Subjektif ; dribbling
- Objektif ; inkontinensia berlebih dan residu urine 150 ml atau berlebih
- e) Kondisi klinis terkait
- (1) Benigna prostat hiperplasia
 - (2) Pembengkakan perianal
 - (3) Cedera medulla spinalis
 - (4) Rektokel
 - (5) Tumor di saluran kemih

6) Risiko konstipasi (D.0052)

- a) Definisi ;
- Berisiko mengalami penurunan frekuensi normal defikasi disertai kesulitan dan pengeluaran feces tidak lengkap

b) Faktor risiko

- (1) Fisiologis
 - (a) Penurunan motilitas gastrointestinal
 - (b) Pertumbuhan gigi tidak adekuat
 - (c) Ketidakcukupan diet
 - (d) Ketidakcukupan asupan serat
 - (e) Ketidakcukupan asupan cairan
 - (f) Aganglionik (mis ; penyakit hirschsprung)
 - (g) Kelemahan otot abdomen
- (2) Psikologis
 - (a) Konfusi
 - (b) Depresi
 - (c) Gangguan emosional
- (3) Situasional
 - (a) Perubahan kebiasaan makan (mis; jenis dan jadwal makan)
 - (b) Ketidakadekuatan toileting
 - (c) aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan
 - (d) Penyalagunaan laksatif
 - (e) Efek agen farmakologis
 - (f) Ketidakteraturan kebiasaan defikasi
 - (g) Kebiasaan menahan dorongan defikasi
 - (h) Perubahan lingkungan

c) Kondisi klinis terkait

- (1) Lesi/cedera pada medulla spinalis
- (2) Spina bifida
- (3) Stroke
- (4) Sklerosis multipel
- (5) Penyakit parkinson
- (6) Demensia
- (7) Hiperparatiroidisme
- (8) Hipoparatiroidisme

3. Perencanaan

Penyusunan perencanaan menggunakan standar luaran keperawatan Indonesia/SLKI dan standar intervensi keperawatan Indonesia/SIKI (Tim Pokja DPP PPNI, 2019)

1) Gangguan eliminasi urine

a) **Luaran utama ; eliminasi urine (L.04034)**

- b) Luaran tambahan ; Kontinensia urine, kontrol gejala, status neurologis, tingkat infeksi.
- c) Intervensi utama ; dukungan perawatan diri ; BAB/BAK dan manajemen eliminasi urine.

2) Inkontinensia fekal

- a) **Luaran utama ; kontinensia fekal (L.04035)**
- b) Luaran tambahan ; Eliminasi fekal, fungsi gastrointestinal, perawatan diri, status neurologis, status nutrisi, tingkat delirium, tingkat infeksi.
- c) Intervensi utama ; latihan eliminasi fekal dan perawatan inkontinensia fekal

3) Inkontinensia urine refleks

- a) **Luaran utama ; kontinensia urine (L.04036)**
- b) Luaran tambahan ; eliminasi urine, integritas kulit dan jaringan, perawatan diri, status kognitif, status neurologis, tingkat pengetahuan.
- c) Intervensi utama ; kateterisasi urine dan perawatan inkontinensia urine.

4) Kesiapan peningkatkan eliminasi urine

- a) **Luaran utama ; eliminasi urine (L.04034)**
- b) Luaran tambahan ; kontinensia urine, perilaku kesehatan, tingkat pengetahuan.
- c) Intervensi utama ; manajemen eliminasi urine.

5) Retensi urine

- a) **Luaran utama ; eliminasi urine (L.04034)**
- b) Luaran tambahan ; kontinensia urine, kontrol gejala, status kenyamanan, status neurologis, tingkat nyeri.
- c) Intervensi utama ; kateterisasi urine

6) Risiko konstipasi

- a) **Luaran utama ; eliminasi fekal (L.04033)**
- b) Luaran tambahan ; fungsi gastrointestinal, keseimbangan cairan, keseimbangan elektrolit, kontinensia fekal, mobilisasi fisik, status cairan, tingkat keletihan, tingkat nyeri.
- c) Intervensi utama ; pencegahan konstipasi.

4. Pelaksanaan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018)

Pada tahapan pelaksanaan, mengacu kepada standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) sebagai berikut ;

1) Dukungan perawatan diri ; BAB/BAK (I.11349)

- a) Definisi ; memfasilitasi pemenuhan kebutuhan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB).
- b) Tindakan
 - (1) Observasi ;
 - (a) Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia
 - (b) Monitor integritas kulit pasien
 - (2) Terapeutik ;
 - (a) Suka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi
 - (b) Dukung pengunaan toilet/pisspot/urinal secara konsisten
 - (c) Jaga privasi selama eliminasi
 - (d) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu
 - (e) Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan
 - (f) Latih BAB/BAK sesuai jadwal, jika perlu
 - (g) Sediakan alat bantu (mis ; kateter eksternal, urinal) jika perlu
 - (3) Edukasi ;
 - (a) Anjurkan BAB/BAK secara rutin
 - (b) Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu

2) Latihan eliminasi fekal (I.04150)

- a) Definisi ; mengajarkan suatu kemampuan melatih usus untuk dievakuasi pada interval tertentu.
- b) Tindakan
 - (1) Observasi ; monitor peristaltik usus secara teratur
 - (2) Terapeutik
 - (a) Anjurkan waktu yang konsisten untuk BAB
 - (b) Berikan privasi, kenyamanan dan posisi yang meningkatkan proses BAB
 - (c) Gunakan enema rendah, jika perlu
 - (d) Anjurkan dilatasasi rektal digital, jika perlu
 - (e) Ubah program latihan eliminasi fekal, jika perlu
 - (3) Edukasi
 - (a) Anjurkan mengkonsumsi makanan tertentu, sesuai program atau hasil konsultasi.
 - (b) Anjurkan asupan cairan yang adekuat sesuai kebutuhan
 - (c) Anjurkan olahraga sesuai toleransi

(4) Kolaborasi ; kolaborasi penggunaan suppositoria, jika perlu

3) Kateterisasi urine/perawatan inkontinensia urine (I.04148)

a) Definisi :

Mengidentifikasi dan merawat pasien yang mengalami pengeluaran urine secara involunter (tidak disadari).

b) Tindakan

(1) Observasi

- (a) Identifikasi penyebab inkontinensia urine
- (b) Identifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urine yang di alaminya.
- (c) Monitor keefektifan obat, pembedahan dan terapi modalitas berkemih
- (d) Monitor kebiasaan BAK

(2) Terapeutik

- (a) Bersihkan genitalia dan kulit sekitar secara rutin
- (b) Berikan pujianatas keberhasilan mencegah inkontinensia
- (c) Buat jadwal konsumsi obat-obat diuretik
- (d) Ambil sampel urine untuk pemeriksaan urine lengkap atau kultur

(3) Edukasi

- (a) Jelaskan definisi, jenis dan penyebab inkontinensia urine
- (b) Jelaskan program penanganan inkontinensia urine
- (c) Jelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih
- (d) Anjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur
- (e) Anjurkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urine
- (f) Anjurkan minum minimal 1500 cc/hari, jika tidak kontraindikasi
- (g) Anjurkan menghindari kopi, minuman bersoda, teh dan coklat
- (h) Anjurkan konsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi

(4) Kolaborasi ; Rujuk ke ahli inkontinensia, jika perlu.

4) Manajemen eliminasi urine (I.04152)

- a) Definisi ; Mengidentifikasi dan mengelola gangguan pola eliminasi urine
- b) Tindakan
 - (1) Observasi
 - (a) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine
 - (b) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine
 - (c) Monitor eliminasi urine (mis ; frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)
 - (2) Terapeutik
 - (a) Catat waktu-waktu dan haluanan berkemih
 - (b) Batasi asupan cairan, jika perlu
 - (c) Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur
 - (3) Edukasi
 - (a) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
 - (b) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluanan urine
 - (c) Ajarkan mengambil spesimen urine midstream
 - (d) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
 - (e) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot penggul/berkemihan
 - (f) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
 - (g) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur
 - (4) Kolaborasi ; pemberian obat suppositoria uretra, jika perlu

5) Kateterisasi urine (I.04148)

- a) Definisi ; masukkan selang kateter urine ke dalam kandung kemih
- b) Tindakan
 - (1) Observasi
 - (a) Periksa kondisi pasien (mis ; kesadaran, tanda vital, daerah perianal, distensi kandung kemih, inkontinensia urine, refleks berkemih).
 - (2) Terapeutik
 - (a) Siapkan peralatan, bahan-bahan dan ruangan tindakan
 - (b) Siapkan pasien ; bebaskan pakaian bawah dan posisikan dorsal rekumben untuk wanita dan supine untuk pria.
 - (c) Pasang sarung tangan

- (d) Bersihkan daerah perianal atau preposium dengan cairan NaCl
 - (e) Lakukan insersi kateter urine dengan menerapkan prinsip aseptik
 - (f) Sambungkan kateter urine dengan urine bag
 - (g) Isi balon dengan NaCl 0,9% sesuai anjuran
 - (h) Fiksasi selang kateter di atas simphisis atau di paha
 - (i) Pastikan urine bag ditempatkan lebih rendah dari kandung kemih
 - (j) berikan label waktu pemasangan
- (3) Edukasi
- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urine
 - (b) Anjurkan menarik napas saat insersi selang kateter.

6) Pencegahan konstipasi (I.04160)

a) Definisi ;

Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjadinya penurunan frekuensi normal defikasi yang disertai kesulitan feces yang tidak lengkap.

b) Tindakan

(1) Observasi ;

- (a) Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis ; asupan serat dan cairan tidak adekuat)
- (b) Monitor tanda dan gejala konstipasi (mis ; defikasi kurang 2 kali seminggu, defikasi lama/sulit)
- (c) Identifikasi status kognitif untuk mengkomunikasikan kebutuhan
- (d) Identifikasi penggunaan obat-obatan yang menyebabkan konstipasi

(2) Terapeutik ;

- (a) Batasi minum yang mengandung kafein dan alkohol
- (b) Jadwalkan rutinitas BAB
- (c) Lakukan masase abdomen
- (d) Berikan terapi akupresur

(3) Edukasi ;

- (a) Jelaskan penyebab dan faktor risiko konstipasi
- (b) anjurkan minum air putih sesuai dengan kebutuhan (1500-2000 ml/hari)

- (c) Anjurkan mengkonsumsi makanan berserat (25-30 gr/hari)
 - (d) Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai kebutuhan
 - (e) Anjurkan berjalan 15-20 menit, 1-2 kali/hari
 - (f) Anjurkan berjongkok untuk mengfasilitasi proses BAB
- (4) Kolaborasi ; kolaborasi dengan ahli gizi, jika perlu

5. Evaluasi

Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian ini merupakan proses untuk menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. Macam evaluasi keperawatan dalam asuhan keperawatan antara lain : evaluasi proses (formatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai dan kedua evaluasi hasil (sumatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ ketidakberhasilan. Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan standar luaran yang ditetapkan.

D.Latihan

Dibawah ini adalah bentuk latihan soal-soal terkait materi pemenuhan KDM eliminasi urine dan fekal ;

1. Pemenuhan kebutuhan eliminasi terdiri atas eliminasi urine dan eliminasi alvi/fekal. Yang tidak termasuk organ tubuh yang berperan dalam eliminasi urine adalah,,,
 - A. Ginjal
 - B. Ureter
 - C. Kandung kemih
 - D. Rektum
 - E. Uretra
2. Yang tidak termasuk faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi urine adalah
 - A. Diet dan intake cairan
 - B. Jenis kelamin
 - C. Aktivitas fisik
 - D. Stress
 - E. Keadaan patologis
3. Gangguan eliminasi urine dengan gejala terjadi peningkatan produksi urine melebihi batas normal pasien sering BAK tanpa adanya peningkatan intake, biasanya ditemukan pada pasien diabetes melitus dan gagal ginjal kronis. Gangguan tersebut adalah
 - A. Poliuri/diurisis
 - B. Oliguria
 - C. Retensio urine
 - D. Enuresis
 - E. Disuria
4. Gangguan eliminasi urine dengan gejala rasa sakit dan kesulitan dalam berkemih (BAK), hal ini sering dijumpai pada pasien dengan infeksi saluran kemih (ISK) dan trauma pada kandung kemih (visica urinaria). Gangguan tersebut adalah
 - A. Poliuri/diurisis
 - B. Oliguria
 - C. Disuria

- D. Enuresis
E. Retensio urine
5. Yang tidak termasuk Diagnosis keperawatan yang sering dijumpai pada pasien dengan gangguan kebutuhan eliminasi menurut SDKI adalah
A. Gangguan eliminasi urin
B. Risiko konstipasi
C. Inkontinensia fekal
D. Risiko hivopolemia
E. Konstipasi
6. Pemenuhan kebutuhan eliminasi terdiri atas eliminasi urine dan eliminasi alvi. Yang termasuk organ tubuh yang berperan dalam eliminasi alvi adalah,,,
A. Ginjal
B. Ureter
C. Kandung kemih
D. Rektum
E. Uretra
7. Yang tidak termasuk faktor-faktor yang mempengaruhi proses defikasi (eliminasi alvi) adalah....
A. Stress
B. Kerusakan saraf sensoris dan motoris
C. Usia
D. Diet
E. Asupan cairan
8. Yang tidak termasuk upaya preventif (pencegahan) masalah-masalah pada gangguan fungsi eliminasi alvi adalah
A. Menjaga kebersihan tangan
B. Menjaga kebersihan makanan
C. Minum sesuai kebutuhan
D. Olahraga secara teratur
E. Tidur secara teratur

9. Masalah gangguan eliminasi alvi dengan gejala sulit BAB akibat feces sulit melewati usus besar akibat pola BAB yang tidak teratur, kurang aktivitas, menjalani diet. Masalah tersebut adalah
- A. Fecal impaction
 - B. Konstipasi
 - C. Diare
 - D. Incontinensia alvi
 - E. Kembung
10. Masalah gangguan eliminasi alvi dengan gejala keluarnya feces cair dan bertambahnya frekuensi BAB akibat cepatnya chime melewati usus sementara usus besar tidak mempunyai cukup waktu untuk menyerap air. Masalah tersebut adalah
- A. Fecal impaction
 - B. Konstipasi
 - C. Diare
 - D. Inkontinensia alvi
 - E. Kembung

Kunci Jawaban ;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D	B	A	C	D	D	A	E	B	C

F. Rangkuman Materi

Kebutuhan eliminasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang berperan penting untuk keberlangsungan hidup. Eliminasi dibutuhkan untuk mempertahankan homeostasis melalui pembuangan sisa-sisa metabolisme. Eliminasi adalah proses pembuangan sisa metabolisme yang berupa zat-zat yang sudah tidak diperlukan lagi dalam tubuh baik berupa urine maupun feses. Kegagalan atau adanya gangguan pada pemenuhan kebutuhan eliminasi urine maupun fekal/bowel akan memberikan dampak bagi berbagai fungsi organ tubuh.

Peran dan fungsi perawat sangat penting dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia termasuk kebutuhan eliminasi, dalam praktik keperawatan profesional, perawat dalam melaksanakan tugas menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi aspek ; biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual melalui proses keperawatan (pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi). Dalam proses keperawatan tersebut, perawat menggunakan standar yang baku yang dikeluarkan oleh organisasi profesi perawat (PPNI) yaitu ; standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI), standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Ketiga standar tersebut menjadi acuan perawat dalam melaksanakan praktik asuhan keperawatan di sarana pelayanan kesehatan.

G. Pustaka

- Alifariki L.O dkk. (2023). Bunga Rampai Keperawatan Dasar, Cetakan 1, Cilacap ; Media Pustaka Indo.
- Heriana P. (2014). Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia, Tanggerang Selatan ; Binarupa Aksara.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). Modul Kebutuhan Dasar Manusia I ; Edisi 2, Yogyakarta ; Pusdik SDM Kemenkes.
- Nurcahyaningtyas dkk. (2024). Buku Ajar Keperawatan Dasar, Cetakan 1, Sidoarjo ; PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Nurfantri dkk. (2022). Keperawatan Dasar, Malang ; Rena Cipta Mandiri.
- Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. (2015). Panduan Praktik Keperawatan Dasar I, Jakarta ; Pustaka Rhihama.
- Risnah dkk. (2022). Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia, Jakarta ; Trans Info Media.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1 Cetakan II, Jakarta ; Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II, Jakarta ; Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan, Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II, Jakarta ; Dewan Pengurus Pusat PPNI.

PROFIL PENULIS



Ns. Lince Siringo ringo, M.Kep., Sp.Kep. An. Lahir di Kisaran, 13 Januari 1967. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Ilmu Keperawatan di Universitas Indonesia lulus pada tahun 2009, jenjang S2 (magister) pada Program Ilmu Keperawatan di Univeristas Indonesia pada tahun 2014, dan Spesialis Keperawatan Anak di Univeristas Indonesia pada tahun 2015. Riwayat pekerjaan diawali sebagai perawat pelaksana di RS PGI Cikini, selanjutnya sebagai perawat ketua Tim, dan perawat Kepala Ruangan di Rumah sakit yang sama dan juga sebagai Clinical Instruktur. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Akademi Pearwatan RS PGI Cikini sejak tahun 2020, mengampu Mata Kuliah Keperawatan dasar, Keperawatan Anak dan Keperawatan Maternitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi melakukan penelitian dan pengabdian kepada Masyarakat, aktif menulis buku, publikasi ilmiah, pembicara dalam seminar, mengikuti berbagai pelatihan dan workshop untuk selalu update dan upgrade diri. Penulis juga aktif dalam berbagai organisasi antara lain; Pengurus PPNI Komisariat Primaya Hospital PGI Cikini; Pengurus PERWAKIN (Perhimpunan Perawat Kristen Indonesia), anggota IPANI (Ikatan Perawat Anak Indonesia) DKI JAKARTA Penulis dapat dihubungi melalui e-mail lince131@akperrscikini.ac.id

Motto: Tidak ada kata terlambat untuk belajar dan berbuat baik.

PROFIL PENULIS



Ester Radandima, S.Kep, Ns., M.Kep. Lahir di Sumba Timur , 04 Mei 1978. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII pada Program Studi Keperawatan Waingapu di Poltekkes Kemenkes Kupang tahun 2005 dan melanjutkan S1 ke Profesi Ners di Universitas Udayana tahun 2013. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Air langga dan lulus pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2006 lulus CPNS dan ditempatkan Kembali di Program Studi Keperawatan Waingapu. Saat ini penulis bekerja di Prodi Keperawatan Waingapu Poltekkes Kemenkes Kupang mengampu mata kuliah keperawatan Keluarga, Manajemen patient safety, Biomedik Dasar. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, Penelitian, Pengabmas. Hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang penulis lakukan telah dipublikasikan pada Jurnal Keperawatan Nasional terakreditasi. Berharap kedepannya penulis lebih aktif lagi dalam menulis. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: esterndima@gmail.com

Motto: "Our greatest weakness is the moment of surrender . A sure way to success is to always try one more time"



Dr. Ns. Yunie Armiyati, M.Kep, Sp.Kep.MB. Iahir di Semarang, 07 Juni 1975. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang Sarjana Keperawatan, Profesi Ners, Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Kemudian melanjutkan pendidikan Doktoral pada Universitas Diponegoro, lulus tahun pada tahun 2021. Penulis menjadi dosen tetap keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang (Unimus) sejak tahun 2005 hingga saat ini. Penulis mengampu mata kuliah Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis, Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Medikal Bedah Lanjut, *Evidence Based Nursing Practice* dan Keperawatan Holistik / Komplementer. Penulis aktif sebagai peneliti dibidang keperawatan dan kesehatan. Beberapa penelitian yang telah dilakukan mendapatkan pendaan internal perguruan tinggi, maupun eksternal dari RSUP Dr. Kariadi Semarang, Kemenristek DIKTI, Majelis Diktilitbang PP Muhammadiyah dan *World Health Organization (WHO)*. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, dan pemateri seminar atau pelatihan. Penulis telah menulis beberapa modul, tujuh belas buku referensi dan beberapa artikel di media masa sebagai wujud kontribusi positif bagi bangsa. Saat ini penulis aktif menjadi editor dan *reviewer* beberapa jurnal nasional dan internasional terakreditasi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: yunie@unimus.ac.id.

PROFIL PENULIS



Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB. lahir di Kabanjahe, 14 Maret 1973. Lulus Akademi Keperawatan DepKes RI Jakarta tahun 1994. Tahun 2003 menyelesaikan Sarjana & Ners Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) Universitas Indonesia. Tahun 2013 menyelesaikan Master Keperawatan dan tahun 2014 menyelesaikan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di FIK UI. Penulis mengikuti Pendidikan Doktoral Keperawatan FIK UI mulai tahun 2019 sampai 2022. Penulis berdomisili di Karawaci, Kabupaten Tangerang, Banten. Sejak tahun 1994 hingga tahun 1995 penulis adalah staf keperawatan di RS Ongko Mulyo Jakarta dan tahun 1995 sampai 2019 di Siloam Hospital Lippo Karawaci International sebagai perawat pelaksana, incharge dan berkariir sebagai pembimbing klinik dan terakhir asisten Manager Keperawatan Head Office Siloam Hospitals di Tangerang. Penulis juga dari tahun 2015 sampai 2022 adalah pengajar tidak tetap UPH dan pengajar Fulltime di FIK Universitas Pelita Harapan Tangerang sejak tahun 2022 sampai sekarang. Penulis membimbing mahasiswa profesi dengan mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatana Gawat Darurat, dan Managemen Keperawatan untuk program Ners di FIK Universitas Pelita Harapan. Penulis mengikuti Tenaga Pelatih Program Kesehatan (TPPK), Pekerti, Pelatihan Edukator Diabetes dan Pelatihan Perawatan Luka Dasar dan juga sebagai narasumber Preseptor di Rumah Sakit dan Pendidikan Perawat. Penulis juga ikut sebagai anggota Pengurus Pusat Himpunan Perawat Medikal Bedah Indonesia (HIPMEBI) Periode 2022-2027 dan sebagai anggota pengurus InWocna Wilayah Banten Periode 2019-2024, serta anggota pengurus PPNI Wilayah Kabupaten Tangerang 2023-2028. Email: Elysabeth.sinulingga2021@gmail.com



Ns. Deni Metri, S.Kep., M.Kes. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2001. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk melanjutkan Pendidikan SI ke Program Studi Ilmu Keperawatan universitas Andalas. kemudian melanjutkan Pendidikan Program Pasca sarjana S2 di Universitas Mitra Lampung tahun 2016. Riwayat pekerjaan, Dari tahun 1997 s. d 1998, sebagai pengajar di Akper Panca Bhakti Lampung. Tahun 1998 -2014 di pelayanan kesehatan. Selain di pelayanan kesehatan penulis juga mulai aktif mengajar sebagai dosen keperawatan. Saat ini aktif mengajar di Poltekkes Tanjungkarang Program Studi Keperawatan Kotabumi. Organisasi profesi yaitu PPNI dan IPANI propinsi Lampung. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, beberapa penelitian telah dilakukan. Selain peneliti penulis juga aktif dalam penerbitan buku ajar dan buku referensi. Buku yang dimaksud adalah Buku Ajar Anak 1, latihan Soal Etik Edisi Etikolegal, Asuhan keperawatan Penyakit Kronis pada anak, Asuhan Keperawatan Anak dengan Penyakit Akut, Keperawatan anak dengan Penyakit Kronis dan Terminal serta Buku Referensi dengan judul Pencegahan Penyakit dan Stimulasi Perkembangan pada Anak. Semua yang sudah dilakukan penulis, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Penulis dapat dihubungi melalui E-mail denimetri08@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Lidya Maryani, S.Kep., Ners., M.M., M.Kep. Lahir di Bandung. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas ARS Internasional dan Pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung peminatan Manajemen Keperawatan. Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen di Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Institut Kesehatan Immanuel Bandung. Karya penulis telah diterbitkan berupa buku dan beberapa artikel penelitian di jurnal nasional dan internasional. Penulis juga aktif sebagai narasumber pada beberapa kegiatan seminar, *workshop* dan pelatihan keilmuan keperawatan dasar dan manajemen keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: lidyashare@gmail.com



Siti Rukayah, SKp, M.Kep merupakan dosen pengajar pada Program Studi Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada Jakarta. Penulis pengampuh Mata kuliah Konsep Keperawatan Anak, Konsep Dasar Keperawatan, Metodologi Keperawatan, Manajemen Keperawatan, Promosi Kesehatan dan Dokumentasi Keperawatan. Jenjang akademik penulis ditempuh dari jenjang S-1 pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 1996-2000. Kemudian pada tahun 2011 melanjutkan pendidikannya di Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2011-2013.

Selain mengajar, penulis juga terbilang aktif mengikuti kegiatan publikasi ilmiah. Beberapa artikel yang telah terbit antara lain: Pengaruh Terapi Akupresur terhadap Mual Muntah Lambat Akibat Kemoterapi pada Anak Usia Sekolah yang Menderita Kanker di RS Kanker Dharmais Jakarta (2014), Hubungan Pengetahuan dan Sikap Lansia Dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Kecamatan Pondok Gede Kota Bekasi Tahun 2013, Hubungan Pengetahuan dan Lingkungan dengan Perilaku Pencegahan Chikungunya pada Masyarakat RW 01 Kelurahan Kranji Kota Bekasi (2015), Hubungan Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang Kesehatan Reproduksi dengan Perilaku Seksual Pada Siswa Siswi SMK PHI Bekasi (2018) dan beberapa penelitian lainnya.

Penulis juga aktif mengikuti berbagai kegiatan ilmiah dan diberi kesempatan sebagai pemateri. Beberapa kegiatan tersebut antara lain : Terapi Akupresur Pada Anak dengan Kanker (Jakarta, 2016), Registrasi Tenaga Kesehatan (Jakarta, 2017), Sosialisasi Beban Kerja Dosen (Jakarta, 2022), Pencegahan dan Penanganan Stunting Pada Anak (Jakarta, 2023). Dan juga aktif dalam menghasilkan buku salah satunya yaitu Konsep Dasar Keperawatan Anak (2022), Buku Keperawatan Anak D3 Jilid 2 (2022), Asuhan Keperawatan Pada Bayi Risiko Tinggi (2023), Kumpulan Latihan Soal Ukom D III Keperawatan (2023). Semoga buku ini dapat bermanfaat dan menambah pengetahuan bagi pembaca semuanya.

Penulis dapat dihubungi melalui email : audiaukay@yahoo.com

PROFIL PENULIS



Novita Dewi S.Kep., Ns., M.Biomed. lahir di Ponorogo 08 April 1981 pendidikan tinggi yang ditempuh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi ilmu keperawatan Universitas brawijaya tahun 2013. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Brawijaya dan lulus tahun pada tahun 2020. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2009. Universitas Brawijaya Mengajar di Universitas Tribhuwana Tunggadewi sejak tahun 2010. saat ini penulis bekerja di Universitas Tribhuwana Tunggadewi mengampu mata kuliah keterampilan dasar keperawatan, keperawatan paliatif dan menjelang ajal, dan Keperawatan Medikal bedah. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. motto hidup sebarkan kebaikan di setiap saat.



Ns. Reni, S. Kep. M. Kep. Lahir di Payakumbuh, Tanggal 22 September 1983. Tahun 2022 tamat SPK Yarsi Bukittinggi Sumatera Barat, tahun 2008 tamat Program S1 dan Ners di STIKes Ceria Buana dan tahun 2016 Program S2 Magister keperawatan Universitas Andalas Sumatera Barat.

Awal karir menjadi Dosen di mulai dari STIKes Ceria Buana dari tahun 2008 hingga 2016, kemudian bekerja STIKes PMC Pekanbaru dari tahun 2016 sampai dengan tahun 2019. Tahun 2019 sampai dengan tahun 2021 di STIKes KESOSI Jakarta, dan Tahun 2021 hingga sekarang. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi di Perguruan Tinggi STIKes RSPAD Gatot Soebroto pada Program Studi D3 Keperawatan. Penulis mengampu mata kuliah keperawatan jiwa sebagai kosentrasi mengajar dan matakuliah keperawatan dasar dan penulis juga menjabat sebagai Sekretaris Prodi D3 Keperawatan.

Email : reniaja6402@gmail.com



Ns. Aida Yulia, S.Kep.M.Kep. lahir di Krui Lampung Barat tanggal 17 April 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Ranah Minang Padang. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan di AKPER Ranah Minang Padang, pendidikan S1 Keperawatan dan NERS di Universitas Andalas. Penulis menlanjutkan pendidikan S2 Keperawatan dengan Peminatan Manajemen Keperawatan di Universitas Andalas. Penulis menekuni bidang ilmu keperawatan, Fundamental of Nursing, Patient Safety, Keperawatan Jiwa.

PROFIL PENULIS



Mintje M Nendissa, S.Pd, S.Kep., M.Kes Lahir di Ambon, pada 26 Mei 1966. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Pendidikan Biologi Universitas Pattimura dan S1 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hassanudin serta S2 Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Hassanudin. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Ambon. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: miennendissa66@gmail.com



Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.

Lahir di Sragen, 10 Januari 1973. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 PSIK-FK UNPAD tahun 2001. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada IKD-Biomedis FK UGM dan lulus tahun pada tahun 2010. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1996 sebagai perawat pelaksana di RSUD Sragen, tahun 1998 sebagai Guru SPK di SPK Depkes Blora, kemudian konversi menjadi AKPER DEPKES BLORA dan 2001 menjadi Poltekkes Semarang Prodi Keperawatan Blora. 2015 mutasi ke Poltekkes Surakarta sampai sekarang. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Surakarta mengampu mata kuliah KMB, Keperawatan Dasar, Metodologi Keperawatan, Konsep Dasar Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis berapa buku (book Chapter), sudah beberapa publikasi jurnal baik nasional maupun internasional, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: suryantisolo1@gmail.com

Motto: "Science is the lamp of life"

PROFIL PENULIS



Ns. Maesaroh, M.Kep. dilahirkan di Cirebon pada tanggal 25 November 1977. Menyelesaikan Pendidikan Magister Keperawatan (Keperawatan Medikal Bedah) di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2019. Sejak tahun 1999 sampai Januari 2023 bekerja di AKPER Buntet Pesantren Cirebon, penulis sebagai Tim Dosen Pengajar pada mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah I, Keperawatan Medikal Bedah II, Keperawatan Gawat Darurat, Ilmu Biomedik Dasar, Patofisiologi, Keperawatan Dasar, Metodologi Keperawatan, Metodologi Penelitian, Dokumentasi Keperawatan dan Gizi Diit. Pada bulan Februari tahun 2023 sampai sekarang penulis bekerja di STIKES Kuningan, sebagai Tim Dosen pengajar mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan HIV/AIDS, Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis, Konsep Dasar Keperawatan. Buku yang sudah diterbitkan adalah Fatigue pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis terbit tahun 2020, Metodologi Keperawatan Cetakan I terbit tahun 2020, Cetakan II terbit tahun 2021, Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis terbit tahun 2023.



Feby Adolf Metekohy, S.SiT., M.Kes. dilahirkan di Nolloth Kec. Saparua Agustus 1969, menyelesaikan pendidikan D-IV Perawat Pendidik peminatan Keperawatan Medikal Bedah pada tahun 2000 di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar. Selanjutnya menyelesaikan pendidikan pascasarjana pada IKM Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada tahun 2004. Tahun 2001 aktif mengajar pada Program Studi Keperawatan Masohi Poltekkes Kemenkes Maluku. Tahun 2010 sampai sekarang aktif menjajar di Stikes Maluku Husada, dan aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi serta terlibat aktif di Organisasi Profesi PPNI.

Buku Keperawatan Dasar: Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Henderson & Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia Dengan Pendekatan SDKI, SLKI dan SIKI ini, membahas teori Virginia Henderson tentang kebutuhan dasar manusia. Henderson memandang manusia sebagai individu yang memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi untuk mencapai derajat Kesehatan yang optimal. Henderson mengidentifikasi 14 kebutuhan dasar manusia yang mencakup kebutuhan pada aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Henderson menekankan bahwa perawat harus memahami dan memenuhi kebutuhan - kebutuhan dasar tersebut untuk dapat memberikan perawatan yang holistik dan efektif.

Buku ini membahas setiap kebutuhan dasar mulai dari kebutuhan akan udara, makanan, dan istirahat hingga kebutuhan akan pemenuhan sosial, emosional, dan spiritual. Melalui penjelasan yang terinci dan asuhan keperawatan pada kebutuhan dasar pasien, mahasiswa keperawatan dan perawat akan memahami pentingnya memperhatikan setiap aspek kebutuhan manusia dalam konteks perawatan. Dengan menggunakan teori Henderson sebagai landasan, buku ini membantu para perawat dan profesional kesehatan lainnya untuk lebih baik memahami dan merespons kebutuhan individual setiap pasien. Buku ini merupakan buku penting bagi petugas Kesehatan yang tertarik dalam memberikan perawatan holistik dan berpusat pada pasien.

Buku ini juga menjelaskan tentang Asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan Kebutuhan Dasar Manusia mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), dan Standar Luaran Indonesia yang ditetapkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Pemenuhan kebutuhan dasar manusia terkait mobilitas dan imobilitas Dimana diharapkan akan terjadi peningkatan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan sesuai dengan standar yang berlaku. Buku ini juga menguraikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Kebutuhan dasar lainnya seperti: mobilitas dan imobilitas, Istirahat dan Tidur, asuhan pada pasien yang mengalami gangguan rasa nyaman Nyeri, gangguan Nutrisi, dan asuhan pada pasien dengan gangguan Eliminasi Urine dan Fekal.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8549-37-5

