

MATERI KOMPETENSI TEKNIS

A. Asuhan Keperawatan

1) Keperawatan Medikal Bedah

Keperawatan medikal bedah adalah ilmu keperawatan yang fokus pada pada konsep dan prinsip keperawatan medikal bedah yang melatarbelakangi penerapan ilmu dan teknologi keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien dewasa yang mengalami perubahan fisiologi dengan atau tanpa gangguan struktur, misalnya sistem pernapasan, sistem kardiovaskuler, sistem pencernaan, sistem pekemihan, sistem endokrin, sistem persarafan, sistem muskuloskeletal, sistem integumen, sistem kekebalan dan reproduksi pria serta masalah penyakit kronis (UI, 2015).

a) Sistem Pernafasan

Pada system pernafasan kasus yang banyak ditemukan adalah Asma, Chronic Pulmonary Obstructive Disease (COPD), Tuberculosis, Efusi Pleura, Pleuritis dan Pneumonia.

➤ Fokus Pengkajian

Saat pengkajian pasien gangguan pernapasan kita harus mengkaji frekuensi napas. Takipnea adalah frekuensi napas $> 25x/\text{menit}$. Hal ini disebabkan oleh peningkatan rangsang ventilasi saat demam, asma akut, eksaserbasi PPOK, atau penurunan kapasitas ventilasi pada pneumonia, dan edema paru. Bradipnea jika frekuensi napas $< 10 x/\text{menit}$ terjadi pada keadaan toksisitas opioid, hiperkapnea, hipotirodisme, peningkatan intracranial, dan lesi di hipotalamus.

Dada normalnya simetris dan berbentuk bulat lonjong, diameter antero-posterior lebih kecil dari diameter lateral. Barrel chest apabila diameter antero-posterior lebih besar dari diameter lateral, hal ini berhubungan dengan hiperinflasi paru pada pasien PPOK berat.

Asma berat dan penyakit paru obstruksi kronik (PPOK/COPD) menyebabkan batuk disertai wheezing/mengi yang berkepanjangan. Wheezing merupakan bunyi siulan bernada tinggi akibat aliran udara yang melalui saluran nafas yang sempit, yang terjadi saat ekspirasi. Wheezing saat latihan sering ditemukan pada pasien asma dan PPOK. Terbangun malam hari dengan wheezing merupakan pertanda asma, dan jika timbul setelah terbangun di pagi hari merupakan pertanda PPOK.

Perkusi normal paru adalah sonor. Hasil perkusi paru abnormal, hipersonor ditemukan pada pasien pneumotoraks, pekak pada pasien konsolidasi paru, kolaps paru, fibrosis paru berat, dullness pada efusi pleura dan hematorak. Pengkajian pasien dengan Pleuritis : suara paru friction rub.

Pemeriksaan analisis gas darah arteri dapat dilihat adanya gangguan gas darah arteri (PaCO_2 , PaO_2), dan status asam basa (pH dan HCO_3). Asidosis respiratorik terjadi peningkatan PaCO_2 , dan penurunan pH. Hal ini sering ditemukan pada pasien asma akut yang berat, pneumonia berat, eksaserbasi PPOK. Tubuh akan melakukan upaya kompensasi yaitu terjadi retensi HCO_3 di ginjal dalam upaya menormalkan pH hal ini disebut asidosis respiratorik terkompensasi.

Uji mantoux untuk melihat adanya paparan mycobacterium tuberculosis. Hasilnya <5mm (negatif), 5-9 mm (meragukan), >10 positif TB.

➤ *Fokus Diagnosis*

- Bersihan jalan nafas tidak efektif
- Kerusakan pertukaran gas
- Pola nafas tidak efektif

➤ *Fokus Intervensi*

Kolaborasi nebulizer diberikan pada kondisi bronkospasm (asma), produksi mucus yang berlebihan. Obat-obatan seperti ventolin, pulmicort, bisolvon banyak digunakan pada prosedur nebulizer.

Tindakan untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas bisa dilakukan dengan teknik suction, postural drainase, fisioterapi dada, Purse Lip Breathing, dan posisi high fowler sangat direkomendasikan terutama pada pasien COPD.

Untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi, maka pemberian oksiger (nasal kanul, masker sederhana, rebreathing mask, non rebreathing mask) bisa dilakukan pada pasien.

Pada kondisi dimana perubahan saluran pernafasan dipicu oleh perubahan lingkungan (debu, kondisi cuaca) contoh pada penyaki asma, maka pendidikan kesehatan seperti bagaimana memodifikasi lingkungan perlu diberikan pada pasien.

Kondisi seperti pasien dengan infeksi seperti tuberculosis, maka terjadi peningkatan kebutuhan asupan nutrisi. Oleh karena itu diperlukan manajemen nutrisi Tinggi Kalori dan Tinggi Protein (TKTP) dan juga kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi OAT.

Prosedur WSD pada pasien efusi pleura menekankan pada perbedaan tekanan pada rongga dada dan botol WSD, sehingga cairan didalam rongga dada bisa ditarik keluar.

➤ *Fokus Evaluasi*

Kepatenan jalan nafas dapat dilihat dari kondisi fisik seperti tidak adanya sekret pada saluran pernafasan, frekuensi nafas normal, tidak ada suara nafas tambahan.

Pada pasien yang mengkonsumsi obat secara terus menerus seperti tuberculosis, kepatuhan OAT dapat dievaluasi melalui dengan tidak adanya putus obat, minum obat sesuai jumlah, jenis obat, dosis, dan waktu meminumnya. (Kariasa, I.M., Tahir, T., Rahayu, Urip., Santoso, Agus., Slametningsih., Soesanto, Edy., & Probawati, Ririn., 2019. SINERSI Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia, p.23-26)

b) *Sistem Kardiovaskular*

Kasus system kardiovaskuler yang banyak ditemukan adalah angina pectoris, infark miokard, gagal jantung kongestif, miokarditis dan pericarditis.

➤ *Fokus Pengkajian*

Karakteristik nyeri dada menyebar ke tangan, dagu, punggung, dan perut. Pengkajian Enzim-enzim jantung fase akut dan fase kronik. Enzim yang pertama meningkat pada miokard infark : troponin meningkat dalam 1-2 jam, selanjutnya CPK-MB 12 - 24 jam, dan LDH 24 - 36 jam.

Pengkajian aktifitas menurut NYHA, Mengidentifikasi derajat edema, Nilai EKG abnormal, sandapan lead, identifikasi area infark.

➤ *Fokus Diagnosis*

- Penurunan curah jantung
- Kelebihan cairan
- Intoleransi aktivitas

➤ *Fokus Intervensi*

Manajemen nyeri dada pada kasus iskemik miokard dan infark miokard (Pemberian Nitrat dan Trombolitik dan anti koagulan).

Melakukan perekaman EKG dan melakukan prosedur Tindakan DC Syock. Pengaturan aktifitas pada kasus gagal jantung kongestive. Mengevaluasi pemberian antidiuretic.

Evaluasi Intensitas dan karakteristik nyeri setelah diberikan intervensi manajemen nyeri. Kolaborasi pemberian obat-obatan termasuk 5 golongan obat-obatan kardiovaskuler serta kepatuhan pengobatan dan diit.

Prosedural knowledge : teknik pemasangan Precordial lead pada EKG dan teknik melakukan Defibrilasi pada pasien ventrikuler fibrilasi.

➤ *Fokus Evaluasi*

Evaluasi nyeri dada, Kemandirian dan rehabilitasi pasien gagal jantung. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.27-29)

c) Sistem Pencernaan

Kasus system pencernaan yang banyak dijumpai adalah kasus typhoid, appendicitis, hepatitis, sirosis hepatis, diare dan ca colon.

➤ *Fokus Pengkajian*

Pengkajian fokus pada system gastrotraintestinal (GI) dan pencernaan adalah abdomen. Saat pengkajian membagi abdomen ke dalam 4 kuadran atau membagi abdomen menjadi 9 kuadran, dan mengetahui organ-organ pada setiap kuadrannya.

Investigasi keluhan nyeri abdomen, mual dan muntah. Identifikasi dengan pasti karakteristik dan lokasi nyeri misal pada nyeri appendicitis pada kuadran kanan bawah dengan nyeri tusuk.

Mengidentifikasi frekuensi dan karakter suara bising usus. Bising usus tidak terdengar bila di indikasi adanya obstruksi pada saluran usus. Peningkatan bunyi peristaltik usus 5-24 kali/menit biasa ditemukan pada pasien yang mengalami diare.

Palpasi distensi pada abdomen, adanya shifting dullness dan juga pengukuran lingkaran perut pada kasus sirosis hepatitis dengan ascites.

Fokus penghitungan cairan (intake dan output cairan dalam 24 jam) dan mengenali tanda-tanda kekurangan cairan seperti: mata cekung, kulit dan mukosa bibir terlihat kering, dan penurunan kesadaran.

Data laboratorium : peningkatan peptidogen menunjukkan duodenal ulcer, penurunan pada gastritis, penurunan potasium dapat disebabkan oleh muntah dan diare. Peningkatan SGOT menunjukkan penyakit hati, Amilase menunjukkan pankreatitis akut, tes widal untuk mengetahui salmonella typhosa peningkatan titer 4 x lipat selama 2-3 minggu dinyatakan positif.

➤ Fokus Diagnosis

Terkait dengan keluhan umum yang terjadi berupa peningkatan pengeluaran cairan dan rasa mual muntah pada beberapa penyakit di sistem GI dan pencernaan, maka masalah keperawatan yang mungkin teridentifikasi adalah:

- Nyeri akut
- Hipertensi
- Defisit Nutrisi
- Hipervolemia dan Hipovolemia

➤ Intervensi/Implementasi

Manajemen cairan diperlukan dalam mempertahankan keadekuatan cairan di dalam tubuh pasien. Untuk keperluan tersebut maka dibutuhkan kepatenan IV akses untuk pemberian cairan dan pengobatan.

Pemasangan NGT diperlukan untuk mempertahankan kecukupan asupan nutrisi. Memastikan pasien merasa nyaman dan memonitor kondisi umum pasien seperti adanya tanda-tanda dehidrasi. Terkadang pasien akan mengalami kelemahan secara umum, maka pengaturan aktivitas dan kebutuhan energi perlu diperhatikan.

Pada pasien dengan kolostomi perlu diberikan pendidikan kesehatan tentang pemasangan dan perawatan kantong ostomi.

Prinsip pemasangan NGT harus memperhatikan posisi high fowler dengan meminta pasien untuk menempelkan dagu ke dada. Pengukuran panjang insersi selang dari ujung hidung ke xyphoid dengan menggunakan water soluble lubricant. Jika terjadi perubahan kondisi mendadak seperti sianosis dan kesulitan bernafas, tarik selang sesegera mungkin. Untuk memastikan bahwa selang masuk ke dalam lambung, aspirasi cairan lambung dengan 20 ml syringe, jika terlihat cairan berwarna dan hijau atau kecoklatan maka posisi selang sudah benar.

➤ Fokus Evaluasi

Memastikan kepatenan pemasangan NGT dan juga IVF perlu dilakukan untuk memastikan kecukupan asupan nutrisi dan cairan. Mengevaluasi kondisi perdarahan di dalam saluran GI seperti adanya warna kemerahan gelap pada feses dan muntah pasien.

Tidak adanya tanda kemerahan dan iritasi pada kulit disekitar kantong stoma menjadi hal yang perlu dievaluasi pada pasien yang dipasang kolostomi. Mengevaluasi keseimbangan cairan. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.29-33)

d) Sistem Saraf dan Perilaku

Kasus system pernafasan yang banyak dijumpai adalah kasus stroke, cedera kepala, meningitis dan tumor otak.

➤ Fokus Pengkajian

Perubahan status mental dan kognitif dan tingkat kesadaran yaitu orientasi, penurunan kesadaran, tingkat kesadaran GCS, dan tanda-tanda vital yang tidak stabil ditambah dengan gambaran ST-Scan dapat menjadi penguat pernyataan data tentang munculnya diagnosa gangguan perfusi serebral. Tanda-tanda fraktur basis kranii : rhinorea, otorea, racoon eyes, dll. Gejala ini dapat terjadi pada kasus cedera kepala, stroke, meningitis dan tumor otak.

Hasil pengkajian lain adalah gangguan saraf kranial seperti gangguan saraf 10, saraf 9 dan saraf 12 akan memberikan dukungan kuat terhadap gangguan menelan. Wajah tidak simetris, pelo, gangguan bahasa seperti tidak mampu mengungkapkan dan mengerti kata, gangguan saraf kranial 7, 10, dan 12 sebagai tanda munculnya gangguan komunikasi verbal.

NI (olfaktorius, penghidu), NII (optikus, lapang pandang dan ketajaman penglihatan), NIII (okulomotorius, reaksi pupil), NIV (Troclear, pergerakan mata), NV (trigeminal, sensasi fasial, otot mengunyah), NVI (abduksi, abduksi mata), NVII (facial, ekspresi muka), NVIII (akustikus, pendengar dan keseimbangan), NIX (glosso-pharyngeal, mengunyah, berbicara), NX (vagus, reflek menelan), XI (spinal accessory, pergerakan leher), dan XII (Hypoglossal, pergerakan dan kekuatan lidah)

Perubahan motorik gaya berjalan, keseimbangan, dan koordinasi, hemiparese, gangguan reflex menjadi penciri dari terjadinya gangguan mobilitas. Masalah ini paling sering terjadi pada stroke dan cedera medula spinalis.

Gangguan 12 saraf kranial sering terganggu pada kasus stroke, meningitis Gangguan refleks patologis menunjukan adanya gangguan pada Upper motor neuron, sering ditemukan pada kasus infeksi serebral (meningitis, encephalitis) dan cedera kepala dengan sub arakhnoid hematom.

➤ Fokus Diagnosis

- Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif
- Gangguan mobilitas fisik
- Gangguan komunikasi verbal
- Risiko Aspirasi atau gangguan menelan

➤ Fokus Intervensi/Implementasi

Pemantauan status neurologi, status oksigenasi jaringan serebral dan juga perifer. Pemasangan NGT, latihan menelan pada pasien dengan disfagia dan mencegah aspirasi.

Pemasangan collar neck pada pasien dengan curiga cedera servikal. Manajemen dan pencegahan peningkatan tekanan intra kranial (TIK).

Menurunkan pemenuhan oksigen, mengatur atau menurunkan aktifitas. Perubahan posisi tirah baring: miring kanan/miring: kiri dan terlentang pada pasien dengan paresis (stroke).

Latihan Range of Motion (ROM) untuk mencegah komplikasi pada pasien dengan gangguan fungsi motorik seperti gangguan mobilisasi pasien stroke. Pengaturan posisi tirah baring untuk mencegah terjadinya luka tekan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik seperti stroke

Terapi wicara dan modifikasi pola komunikasi, Latihan berdiri, keseimbangan dan koordinasi dan berjalan (khusus pasien stroke), Toilet training pada pasien dengan inkontinensia uri.

➤ *Fokus Evaluasi*

Perbaikan tingkat kesadaran evaluasi GCS, stabilnya tanda-tanda vital, Pemenuhan kebutuhan sehari-hari terpenuhi, tidak terjadi aspirasi, atrofi dan sejenisnya. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.33-37)

e) Sistem Endokrin

Kasus sistem endokrin yang banyak dijumpai pada tatanan klinik adalah kasus DM tipe-2 dan Hipo/Hipertiroid

➤ *Fokus Pengkajian*

Adanya keluhan berupa poliuria, polifagia dan polidipsi yang menjadi gejala klasik dari DM tipe 2. Pengkajian riwayat keluarga dan gaya hidup.

Perubahan kondisi yang biasa ditemui pada pasien kasus hipertiroid adalah anorexia, kehilangan berat badan secara drastis, takikardi, tremor dan intoleransi terhadap panas.

Perubahan terhadap proses pikir dan bingung juga mungkin ditemui pada kasus sistem endokrin.

Perubahan hasil laboratorium seperti kadar hormon T3, T4 : kadar glukosa darah (250-800 MG/DL), hasil tes urin 24 jam, nilai abnormal dari AGD terkait dengan asidosis metabolik (pH 7.3 bicarbonate 15 meq/L)

➤ *Fokus Diagnosis*

- Hipovolemia
- Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- Defisit nutrisi
- Kerusakan integritas kulit/jaringan

➤ *Fokus Intervensi/Implementasi*

Memonitor tanda-tanda vital dan status kesadaran pasien dan kepatenan jalan nafas. Memastikan kepatenan IV akses untuk kepentingan asupan cairan dan pengobatan. Menentukan penanganan yang tepat pasien hipoglikemia dan hiperglikemia, Memonitor kadar gula darah dan komplikasinya seperti infeksi kulit, neuropati perifer, sirkulasi buruk pada ekstremitas bawah.

Memonitor dengan ketat intake dan output cairan. Prinsip pemberian injeksi insulin baik untuk insulin yang bekerja jangka panjang dan jangka pendek harus memperhatikan prinsip 6 benar (obat,

pasien, dosis, rute, waktu dan dokumentasi). Pemberian insulin dilakukan di subkutan di daerah sekitar bahu, gluteus maximus (bokong), abdomen, dan paha atas dengan memperhatikan sudut 45-90 derajat.

Pemeriksaan penunjang seperti CT scan terkadang dilakukan pada pasien dengan gangguan kelenjar endokrin. CT scan bisa menggunakan media kontras, agar dapat berfungsi dengan baik maka kondisi pasien harus dipastikan adekuat. Penatalaksanaan pasien DM: Edukasi, Olahraga, Diet, Obat dan Monitoring Glukosa Darah.

➤ *Fokus Evaluasi*

Mengevaluasi kestabilan kadar glukosa darah normal (GDP = 60-110 mg/dl, GDP 2 jam PP = 65 - 140 mg/dl, HbA1c = 5,7%), Monitoring terus menerus status kardiovaskuler dan respirasi, Memastikan kepatenan pemberian IV dan hormone replacement therapy (HRT). (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.37-39)

f) *Sistem Muskuloskeletal*

Kasus system muskuloskeletal yang banyak ditemukan diantaranya fraktur, osteomyelitis, dan osteoarthritis.

➤ *Fokus Pengkajian*

Mengkaji status neurovascular pada pasien fraktur Status neurovascular : 5P (Pain/Nyeri, Paralisis, Parestesi, Pulse/denyut nadi, Pale/pucat) dilakukan pada bagian distal area yang sakit.

Melakukan pengukuran panjang ekstremitas bawah. Menelaah komplikasi fraktur. Pengukuran ekstremitas bawah yang mengalami trauma, pengukuran mulai dari krista iliaka sampai malleolus. Pendek area yang sakit menunjukkan ada fraktur displaced. Panjang area yang sakit menunjukkan dislokasi

Menjelaskan tanda-tanda OA, gout , osteoporosis. Menjelaskan tanda -tanda dislokasi, Mengkaji kekuatan otot.

➤ *Fokus Diagnosis*

- Nyeri Akut
- Kerusakan mobilitas fisik
- Risiko kerusakan neurovascular

➤ *Fokus Intervensi/Implementasi*

Manajemen pasien fraktur difokuskan kepada meningkatkan kenyamanan, mencegah komplikasi dan rehabilitasi. Untuk mengurangi rasa nyeri dapat diberikan analgetik dan perawat harus mengevaluasi efektifitas analgesik, jika nyeri tidak hilang indikasi dari kerusakan neurovascular. Untuk menurunkan bengkak dan nyeri dapat dilakukan elevasi dari daerah yang terkena.

Tindakan untuk strain meliputi RICE (rest, ice, compression dan elevation). Perawatan gips, gips dipasang bertujuan untuk melindungi dan mengimobilisasi fraktur untuk mempercepat penyembuhan, setelah pemasangan gips harus dilakukan pemeriksaan status neurovaskuler, jika setelah pemasangan gips terjadi nyeri hebat, tidak ada nadi, parestesi, paralisis maka tindakannya gips harus dibuka.

Perawatan traksi adalah teknik untuk stabilisasi, alignmen dan memberikan tarikan pada fraktur. Traksi pada umumnya terdiri dari skeletal traksi dan skin traksi. Yang harus diperhatikan posisi pasien, posisi kaki pasien anatomis, pins risiko infeksi (skeletal traksi), simpul tali jangan sampai tersangkut katrol, nyeri pada tumit (risiko decubitus) dan beban harus menggantung.

Perawatan Kruk pengukuran pada posisi supine ujung kruk berada 15 cm di samping tumit klien. Tempatkan ujung pita pengukur dengan lebar tiga sampai empat jari (4 - 5 cm) dari aksila dan ukur Sampai tumit klien, Pada posisi berdiri: Posisi kruk dengan ujung kruk berada 14 - 15 cm di depan kaki klien. Dengan metode lain, Siku harus di fleksikan 15 sampai 30 derajat. Lebar bantalan kruk harus 3 - 4 jari (4 -5 cm) di bawah aksila.

➤ *Fokus Evaluasi*

Mencegah terjadinya komplikasi seperti compartment syndrome dengan ciri - ciri nyeri hebat tidak berkurang dengan analgetik, pucat, parestesi, tidak ada denyut nadi di bagian distal dan teraba dingin. Tindakan dilakukan fasciotomy. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.39-42)

g) Sistem Ginjal dan Perkemihan

Kasus ginjal dan system perkemihan yang banyak ditemukan adalah chronic kidney disease (CKD), hemodialisis, infeksi saluran kemih dan benigna prostat hipertropi (BPH), infeksi saluran kemih/ISK (sistitis). Batu ginjal.

➤ *Fokus Pengkajian*

CKD : penurunan progresif dari fungsi jaringan ginjal secara permanen (irreversibel), dimana ginjal tidak mampu lagi mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit. Klasifikasi CKD terbagi menjadi 5 berdasarkan nilai GFR. Seringnya pasien CKD datang ke rumah sakit sudah derajat 4 yaitu GFR 15-29 mL/min/1.73 m², atau derajat 5 (terminal) yaitu: GFR <15 mL/min/1.73 m², Pasien ini membutuhkan hemodialisis.

Pasien yang menjalani hemodialisa : kaji kepatenan tempat vena penusukan. Adanya arteriovenous fistula atau graft, palpasi adanya getaran atau sensasi vibrasi dan adanya suara bruit saat auskultasi , kaji adanya sumbatan atau infeksi pada area tusukan.

Pada pasien CKD terjadi penurunan GFR > cairan tertahan dalam tubuh, jumlah cairan tubuh meningkat > Ht menurun. Sisa metabolisme tertumpuk dalam plasma : asam urat dan ureum, kreatinin, phenol, guanidine > azotemia.

Pemeriksaan laboratorium pada pasien gangguan ginjal adalah :

- Urinalisis
- Warna: kuning jernih
- Kandungan: glukosa (-), keton (-), Bilirubin (-), sel darah merah 0-4/lpm, leukosit 0-5/lpm, bakteri (-)
- BJ & osmolaritas: 1.003-1.030 & 300 - 1300 mOsm/kg
- pH normal: 4,0 - 8,0 (rata rata 6,0)
- Glukosuria adalah adanya glukosa dalam urin dan sering terjadi pada pasien DM
- Hiperurikosuria : batu, keganasan

Analisis darah, Plasma kreatinin : Produk akhir metabolisme protein dan otot nilai normal 0,6-1.3 mg/dl, meningkat pada pasien Gagal. BUN : Normal 6 - 20 mg/dl, meningkat: gagal ginjal. Kondisi non renal yang dapat meningkatkan BUN adalah infeksi, demam, trauma perdarahan saluran cerna. Uremia renal terjadi akibat gagal ginjal (penyebab tersering) yang menyebabkan gangguan ekskresi urea.

Infeksi saluran kemih : Sistitis. Prevalensi ISK delapan kali lebih tinggi pada perempuan. ISK diakibatkan oleh bakteri gram negatif. Manifestasi klinis berupa nyeri seperti terbakar saat BAK (dysuria), sering buang air kecil-tidak bisa menahan, tidak tuntas, urine keruh dan hematuria.

Keluhan subjective pada pasien BPH adalah: kesulitan berikemih, bertahap, sampai menetes dan tidak bisa kencing. Urine bercampur darah, Rectal tusase. Tindakan yang paling sering dilakukan pada pasien BPH adalah operasi TURP (trans urethral resection of the prostate).

Fokus pengkajian batu ginjal : nyeri hebat skala 7-10, urin keruh, Melakukan tindakan keperawatan untuk pasien post op pengangkatan batu ginjal, ESWL.

➤ *Fokus Diagnosis*

- Kelebihan volume cairan
- Nyeri
- Gangguan eliminasi urin adalah disfungsi eliminasi urin.
- Risiko infeksi

➤ *Fokus Intervensi/Implementasi*

Intervensi dan Implementasi pasien CKD :

- a. Monitor balance cairan
- b. Timbang BB tiap hari dengan menggunakan timbangan yang sama
- c. Batasi intake cairan
- d. Untuk memperlambat progresifitas kerusakan ginjal maka dapat dilakukan, pengendalian tekanan darah, diet rendah protein dan rendah fosfat, mengendalikan proteinuria dan hiperlipidemia
- e. Mengatasi anemia pasien CKD : terapi ESA (Erythropoiesis Stimulating Agenis) .

Intervensi dan Implementasi pasien BPH :

- a. Irigasi kandung kemih paska TURP bertujuan untuk membuang jaringan debris dan bekuan darah dalam kandung kemih agar tidak terjadi obstruksi aliran urine. Menggunakan aliran infus dengan gaya gravitasi untuk membilas kandung kemih.
- b. Pertahankan kelancaran aliran urine, Pastikan selang kateter tidak terlalu panjang, melengkung, tidak tertekuk/tertindih pasien, kantong 30 cm lebih rendah dari pasien, cek isi kantong urine, buang bila penuh (cepat sekali), catat jumlah, warna, clotting urine, jaga kebersihan.

Prosedur

Pada saat pemasangan kateter terdapat prinsip-prinsip yang tidak boleh dilupakan patient safety, sehingga harus memperhatikan anatomi kateter, panjang uretra, fiksasi.

Berdasarkan anatomi kateter letak balon berada lebih kurang 2 cm dari ujung kateter, sehingga saat pemasangan kateter setelah urin keluar kita masukkan kembali kateter sekitar 5 cm memastikan balon kateter benar berada di dalam vesika urinary.

Intervensi dan Implementasi pasien ISK : Fokus intervensi menghambat pertumbuhan bakteri (terapi antibiotic dan restriksi aktivitas selama pemberian antibiotic), memodifikasi diet (perubahan diet untuk menjaga keasaman urin, menghindari kafein dan beralkohol), meningkatkan asupan cairan, mencegah komplikasi, Mengajarkan strategi promosi kesehatan (minum minimal 2-3L/hari, mencegah IKS berulang dengan menghindari faktor resiko)

Intervensi dan implementasi Batu ginjal : meningkatkan asupan cairan, mengurangi nyeri, mencegah pembentukan batu berulang, perubahan pola diet. Intervensi post op: monitor urin output dan perdarahan post op.

➤ *Fokus Evaluasi*

Evaluasi keseimbangan cairan dan elektrolit, identifikasi tanda adanya retensi cairan seperti edema lokal maupun sistemik termasuk adanya edema pada paru. Evaluasi secara bertahap kemampuan berkemih dan kesulitan untuk berkemih, adanya perdarahan dalam urin makroskopik dan mikroskopik. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.42-46)

h) Sistem Integumen

Kasus system integument yang banyak ditemukan adalah luka bakar, psoriasis vulgaris dan dermatitis.

➤ *Fokus Pengkajian*

Pada pengkajian prosentase luka bakar kita harus mengingat prinsip rule of nine : kepala dan leher : 9%, ekstremitas atas 9% x 2 ekstremitas, trunkus anterior (dada depan dan abdomen) : 18%, (trunkus posterior (punggung) : 18% ekstremitas bawah : 18% x 2 ekstremitas, dan perineum : 1%.

Pengkajian derajat luka bakar berdasarkan kerusakan lapisan kulit sebagai berikut :

Derajat I : terjadi kerusakan lapisan epidermis, Kulit memerah, sedikit edema, Nyeri terjadi sampai dengan 48 jam.

Derajat II : terjadi kerusakan meliputi epidermis dan dermis, adanya bullae, nyeri, warna merah atau merah muda.

Derajat III : kerusakan seluruh lapisan dermis dan organ kulit, warna pucat - putih, tidak nyeri, dijumpai eskar (koagulasi protein)

Pasien luka bakar luas dapat mengalami syok , sehingga kita penting mengkaji tanda-tanda syok seperti : akral dingin, tachikardi, penurunan CRT, bradycardi.

➤ *Fokus Diagnosis*

- Kekurangan volume cairan

- Kerusakan integritas kulit

➤ *Fokus Intervensi/Implementasi*

Penghitungan kebutuhan cairan berdasarkan luas luka bakar berdasarkan rumus Parkland/Baxter : $4 \text{ ml} \times \text{luas luka bakar} \times \text{Berat badan}$. Pemberian 50% pada 8 jam pertama, 50% pada 16 jam berikutnya (25% pada 8 jam kedua dan 25% pada 8 jam ketiga). Jenis cairan yang diberikan adalah cairan kristaloid) (contohnya : cairan ringer lactate).

Monitor & hitung jumlah pemasukan & pengeluaran cairan setiap 30 menit. Waspada terhadap tanda-tanda kelebihan cairan dan gagal jantung terutama saat pemberian resusitasi cairan.

Pada saat pemasangan kateter terdapat prinsip-prinsip yang tidak boleh dilupakan patient safety, sehingga harus memperhatikan anatomi kateter, panjang uretra, fiksasi.

➤ *Fokus Evaluasi*

Pasien luka bakar yang mengalami kekurangan cairan harus dilakukan evaluasi keberhasilan resusitasi cairan yang telah dilakukan dengan mengukur urin output. Normal urin output adalah 0.5 -1 ml/kg bb/jam. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.46-48)

i) **Sistem Darah dan Kekebalan Imun**

Kasus system darah dan kekebalan imun yang banyak ditemukan adalah HIV/AIDS, Anemia, SLE, dan DHF.

➤ *Pengkajian*

SLE merupakan penyakit sistemik autoimmune yang berdampak pada sistem tubuh meliputi sistem muskuloskeletal, arthralgia dan arthritis (synovitis) yang paling tampak pembengkakan pada sendi dan nyeri saat bergerak, bengkak pada pagi hari.

Anemia : ada kelemahan, fatigue, malaise, pucat pada konjungtiva dan mukosa oral. Jaundice dapat terjadi pada anemia megaloblastik dan anemia hemolitik.

HIV : identifikasi risiko faktor (risiko seksual atau penggunaan obat - obat injeksi), status nutrisi, status neurologi, keseimbangan cairan dan elektrolit, tingkat pendidikan)

➤ *Fokus Diagnosis*

- Fatigue
- Risiko cedera
- Risiko hipovolemia
- Risiko tinggi infeksi
- Hambatan interaksi sosial

➤ *Fokus Intervensi*

SLE : cegah untuk terpapar sinar ultraviolet, monitor komplikasi pada sistem kardiovaskular dan renal.

Anemia : intervensi fokus kepada membantu pasien untuk memprioritaskan aktivitas dan menyeimbangkan antara aktivitas dan istirahat, mempertahankan nutrisi yang adekuat, mempertahankan adekuat perfusi dengan transfuse dan pemberian oksigen.

HIV/AIDS : kultur feces, pemberian antikolinergik, dan mempertahankan cairan 3 L/hari, monitor tanda-tanda infeksi monitor jumlah sel darah putih, teknik aseptik, berikan pulmonary care (batuk, napas dalam, pengaturan posisi)

Transfusi darah : prinsip benar pemberian transfusi, persiapan prosedur pelaksanaan dan evaluasi transfusi, Jika terjadi reaksi alergi pada 15 menit pertama, stop transfusi, laporkan ke dokter berikan NaCl 0.9%

➤ *Fokus Evaluasi*

Anemia : tampak fatigue berkurang (rencana aktivitas, istirahat dan latihan), prioritaskan aktivitas, mempertahankan nutrisi yang adekuat, mempertahankan adekuat perfusi, tidak adanya komplikasi)

HIV/AIDS : mempertahankan integritas kulit, tidak terjadi infeksi paham tentang HIV/AIDS, tidak terjadi defisien volume cairan. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.48-50)

j) *Sistem Penginderaan*

Kasus system penginderaan yang banyak ditemukan adalah katarak, glaucoma, mastoiditis, otitis media.

➤ *Fokus Pengkajian*

Nilai visus misalnya 6/300 menunjukkan angka pertama 6 adalah jarak normal yang bisa dibaca sedangkan angka kedua 300 merupakan hasil yang ditemukan dari pemeriksaan pasien. nilai normal 6/6.

Tes Rinne merupakan uji pendengaran dengan menggunakan garputala untuk mengetahui gangguan pendengaran antara tuli konduktif dan tuli sensorik. normal hantaran udara lebih panjang hantaran tulang. tuli konduktif : hantaran udara = atau < hantaran tulang; tuli sensorik hantaran udara > hantaran tulang.

Tes Weber untuk mengetahui lateralisasi hantaran tulang. Hasil normal jika lateralisasi suara sama. tuli konduktif : lebih keras terdengar pada telinga yang sakit, tuli sensorik: suara lebih terdengar pada telinga yang normal. Tonometri : alat untuk mengukur tekanan bola mata, normal 10-21 mmHg.

➤ *Fokus Diagnosis*

- Gangguan Persepsi sensori
- Nyeri akut
- Risiko cedera

➤ *Fokus Intervensi*

Menilai kehilangan fungsi penglihatan (ketajaman penglihatan, lapangpandang), Menilai kehilangan fungsi pendengaran (jenis tuli konduktif, tuli sensorineural).Pendidikan kesehatan terkait dengan kehilangan fungsi penglihatan dan fungsi pendengaran. Melakukan perawatan post operasi katarak dan glaukoma dan perawatan pasien post operasi tympano plasty

Teknik pemberian obat melalui irigasi dan tetes mata, tetes telinga, tetes hidung dan irigasi. Teknik Pembebatan pada mata. Pemberian Tetes & Salep mata. Irigasi Mata.

➤ **Fokus Evaluasi**

Ketajaman penglihatan pasca tindakan operasi, Memantau tanda-tanda perdarahan pasca operasi, Risiko infeksi yang terjadi pasca operasi. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.50-52)

Buku Rujukan Utama :

Kariasa, I, Made, DKK. 2019. SINERSI Uji Kompetensi Ners Indonesia Edisi R, Jakarta : AIPNI

Referensi Utama :

Black and Hawk (2009) Medical Surgical Nursing, *clinical management for positive outcome*, 8 th, Singapore : Elsevier

Holloway (2004) Medical Surgical Care Planning, fourth Edition

Ignatavicius, Workman (2010) Medical Surgical Nursing : *Patient center collaborative care*, Elsevier USA.

Ignatavicius, Workman (2010) Clinical Decision Making Study : Medical Surgical Nursing Patient center collaborative care, Elsevier USA

Lemone and Burke (2004) Medical Surgical Nursing, Critical thinking client care, Pearson Education

Lewis, Heitkemper, Obrien, Bucher (2007) Medical Surgical Nursing : Assesment and management of clinical problem volume 1 dan 2, Mosby Elsevier

Monahan, Neighbors, Green (2007) PHIPPS' Medical Surgical Nursing :Health and illness prespective, Mosby

Osborn, Wraa, Watson (2010) Medical Surgical Nursing: Preparation for practice, Pearson Education volume 1 dan volume 2

Smeltzer, Bare, Hinkel and Cheever (2010), Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing 12th, USA :Lippincott Williams & Wilkins.

2) Keperawatan Anak

Asuhan keperawatan anak berfokus pada optimalisasi tumbuh kembang anak melalui pendekatan yang komprehensif untuk menyelesaikan permasalahan biopsikososialspiritual dalam rentang sehat sakit dan kondisi akut, kronik, maupun mengancam kehidupan.

Pelayanan kesehatan pada asuhan keperawatan anak meliputi Imunisasi dasar, pertumbuhan dan perkembangan anak yaitu menentukan usia kronologis dan menentukan perkembangan dengan KPSP, Bayi berat lahir rendah dan hospitalisasi.

a) Sistem Pernafasan

Kasus system pernafasan yang banyak ditemukan adalah bronchopneumonia/Pneumonia, Tuberculosis(TBC), Asfiksia, Asthma.

➤ *Fokus Pengkajian*

Peningkatan frekuensi napas (frekuensi napas normal, bayi: 0-2 bulan: 30-60x/menit, 2-12 bulan: 30-50x/menit, 12-59 bulan: 20-40x/menit), kedalaman inspirasi napas yang memanjang menunjukkan obstruksi jalan napas atas, batuk, sputum, dispneu, takipneu, suara napas abnormal, bentuk dada abnormal, penggunaan otot bantu pernapasan. Hipertermi menunjukkan adanya proses infeksi.

Pada kasus asfiksia diperlukan pengkajian: riwayat perinatal: mekonium, prematuritas, APGAR skor.

Pada kasus TBC diperlukan pengkajian riwayat imunisasi BCG kondisi lingkungan, sumber terpapar penyakit, adanya bunyi redup: penurunan suara paru pada saat perkusi, hasil tes mantoux positif.

Pada kasus asthma : riwayat keluarga dengan asthma, ekspirasi yang memanjang dapat menunjukkan gangguan obstruksi yang ditandai dengan terdengar bunyi wheezing, sumber alergen.

Pada kasus pneumonia : batuk produktif, sputum kental, terdengar bunyi ronkhi, adanya retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung.

Hasil laboratorium : perubahan nilai AGD, peningkatan leukosit, peningkatan LED. Hasil pemeriksaan diagnostik: X-ray adanya infiltrat pada lapang paru.

➤ *Fokus Masalah*

Masalah keperawatan yang sering muncul pada kasus sistem pernapasan:

- Bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan kondisi jalan nafas yang tidak normal akibat adanya penumpukan sputum yang kental atau berlebihan yang sulit untuk dikeluarkan. Data mayor : batuk tidak efektif/ tidak mampu batuk, sputum berlebih atau obstruksi jalan napas, mekonium di jalan napas (pada neonatus), wheezing dan atau ronkhi.
- Pola napas tidak efektif adalah kondisi inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Data mayor: penggunaan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal.
- Gangguan pertukaran gas adalah kondisi kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler. Data mayor : PCO2 meningkat atau menurun, PO2 menurun, PH arteri meningkat atau menurun, terdapat bunyi napas tambahan, dispneu.
- Hipertermia adalah suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh, Data mayor: suhu tubuh diatas normal (>37,5 derajat celcius)

➤ *Fokus Intervensi/Implementasi*

Pada gangguan sistem pernapasan, intervensi berfokus pada SP prosedur nebulizer/ inhalasi, suction, resusitasi neonatus, fisioterapi dada, pemberian oksigen, kompres hangat, pemberian posisi Kolaborasi pemberian obat pengencer dahak, bronkhodilator antibiotik. Pendidikan kesehatan : menganjurkan untuk minum hangat meningkatkan asupan nutrisi dan pencegahan penularan TBC menghindari allergen.

➤ *Fokus Evaluasi*

- Bersihan jalan nafas efektif ditandai dengan tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak ada mekonium di jalan napas (neonatus), suara napas vesikuler, tidak ada wheezing dan/ronkhi.
- Pola napas efektif ditandai dengan ventilasi adekuat, tidak ada penggunaan otot bantu napas, pola napas normal, frekuensi napas dalam batas normal.
- Tidak terjadi gangguan pertukaran gas ditandai dengan nilai AGD dalam batas normal, tidak terdapat bunyi napas tambahan.
- Hipertermia tidak terjadi ditandai dengan suhu tubuh normal (36,5 - 37,5 derajat celcius). (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.118-122)

b) Sistem Kardiovaskular

Kasus system kardiovaskuler yang banyak ditemukan adalah penyakit jantung bawaan (PJB).

➤ *Fokus Pengkajian*

Riwayat kelahiran, riwayat keluarga dengan kelainan bawaan, tampak sianosis, cardiomegali, terdengar bunyi murmur jantung, frekuensi nadi meningkat atau menurun (bayi baru lahir : 140-160x/mnt bayi 100-160x/menit, anak : 70-12x/menit. Remaja : 60-100x/menz Capillary Refill Time >3 detik, nadi perifer teraba lemah, tampak pucat, gelisah, sesak napas terutama setelah beraktifitas seperti bayi saat menyusui, anak saat bermain, napas cepat dan dalam, lemah, dapat mengalami kejang/sinkop, BB dan TB tidak optimal, perkembangan tidak sesuai usia, riwayat infeksi pernapasan berulang, adanya jari tabuh, hepatomegali, demam (menunjukkan adanya infeksi).

Hasil laboratorium : AGD, hasil pemeriksaan diagnostic : X-ray terdapat hepatomegali, cardiomegali, ekhokardiografi, EKG & kateteri jantung.

➤ *Fokus Masalah*

- Penurunan curah jantung adalah ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Data mayor perubahan irama jantung, perubahan tekanan darah, nadi perifer teraba lemah, gelisah, suara murmur.
- Intoleransi aktifitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Data mayor : frekuensi jantung meningkat, mengeluh lelah.
- Gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Kondisi individu mengalami gangguan kemampuan bertumbuh dan berkembang sesuai dengan kelompok usia. Data mayor : tidak mampu melakukan ketrampilan atau perilaku khas sesuai usia, pertumbuhan fisik terganggu.

➤ *Fokus Intervensi/Implementasi*

Pemberian oksigen, pemberian posisi knee chest pada bayi usia kurang dari 1 tahun, pemberian posisi squatting pada usia lebih dari 1 tahun, pembatasan aktivitas, pemantauan tumbuh kembang. Pemberian enteric feeding (ASI melalui OGT), diet seimbang, stimulasi (pada bayi).

➤ *Fokus Evaluasi*

Penurunan curah jantung: curah jantung tidak mengalami penurunan ditandai dengan irama jantung normal, tekanan darah normal sesuai Usia, nadi perifer teraba kuat. Intoleransi aktifitas: dapat

mentoleransi aktifitas dengan frekuensi jantung normal, tidak mengeluh lelah. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan: anak tumbuh dan kembang optimal sesuai dengan kelompok usia. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.123-125).

c) Sistem Pencernaan

Kasus system pencernaan yang banyak ditemukan adalah diare, Hirschprung, hiperbilirubin atau icterus neonates, gizi buruk.

➤ Fokus Pengkajian

Antropometri : BB, TB, LK, lingkaran lengan, lingkaran dada disesuaikan dengan usia. Keluhan adanya mual, muntah, tidak nafsu makan, keadaan lemah, lemas, pucat, kurus, penurunan BB > 10 %.

Peningkatan suhu tubuh sebagai tanda adanya infeksi dan atau dehidrasi. Perubahan bising usus, konstipasi, keluhan kembung (tidak nyaman diperut), diare. Hasil laboratorium: Protein, albumin, Hb, elektrolit, kimia darah, AGD.

Pada kasus Diare : Frekuensi BAB 3x/hari, konsistensi feces cair, kemerahan pada daerah perianal, derajat dehidrasi: ringan, sedang, berat. Hasil pemeriksaan tinja ditemukan adanya bakteri atau darah. Tanda Dehidrasi ringan: penurunan BB 2-5%, turgor kembali segera, mukosa bibir kering, ubun-ubun datar (usia < dari 24 bulan), haus minum dengan lahap, mata cekung. Tanda dehidrasi sedang: penurunan BB 5-8%, turgor kulit kembali lambat, ubun ubun cekung, mata cekung. Tanda dehidrasi berat: letargi, kesadaran menurun penurunan BB 10-15%, turgor kembali sangat lambat, cubitan kulit perut kembali lambat, membran mukosa kering, mata cekung, dan tidak mau minum.

Pada kasus Hirschprung : Adanya Riwayat kelainan genetik, distensi abdomen, BAB seperti pita, konstipasi, muntah, bayi rewel, tidak adanya pengeluaran mekonium 24-48 jam kelahiran, Observasi ostomi: warna ostomi, ada tidaknya iritasi pada ostomi dan kulit sekitarnya, penuh tidaknya kantong kolostomi. Hasil pemeriksaan diagnostik: hasil USG/X-ray ditemukan mega kolon. Pemeriksaan dengan beri enema, biopsi rektal.

Pada kasus Hiperbilirubinemia : Prematuritas, Ikterik, derajat kramet, kadar Bilirubin total 15mg/dl, pemeriksaan tinja, Hb. pemeriksaan resus.

Pada kasus gizi buruk : Pucat, kurus, muka tampak tua, kulit kering berisik, rambut merah dan mudah patah, edema pada kaki, perut buncit.

➤ Fokus Masalah

- Defisit volume cairan/Hipovolemia/gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit : Adalah penurunan volume cairan intravaskuler, interstitiel dan atau intraseluler ditandai dengan nadi teraba lemah, tekanan darah kering, volume urin menurun, dan tanda-tanda dehidrasi, suhu tubuh meningkat, BB turun, terasa lemah, mengeluh hama, CRT 3 detik .
- Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan/defisit nutrisi Adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Ditandai dengan penurunan BB minimal 10%. Membran mukosa pucat, rambut rontok, nafsu makan menurun serum albumin menurun.
- Gangguan integritas kulit : Adalah kerusakan kulit dan jaringan ditandai dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit, nyeri, kemerahan, lecet.

- Konstipasi : Adalah penurunan defekasi normal disertai pengeluaran feces sulit dan tidak tuntas, serta feces kering dan banyak, Ditandai: defekasi berkurang/ tidak bisa, pengeluaran feces lama dan sulit, feces keras, peristaltik menurun, distensi abdomen, teraba massa pada rektal.
- Ikterik Neonatus : Adalah kulit dan membran mukosa neonatus kuning. Ditandai dengan peningkatan kadar bilirubin, membran mukosa, kulit, dan sklera kuning, riwayat prematur.

➤ *Fokus Intervensi/Implementasi*

Tingkatkan hidrasi yang adekuat pantau status hidrasi (catat asupan dan haluran cairan, timbang berat badan, evaluasi karakteristik urine (warna, jumlah, frekuensi), monitor dehidrasi, pemberian oralit.

Pemberian cairan intravena sesuai indikasi. Perawatan kolostomi sesuai dengan SOP. Perawatan fototerapi. Perawatan kebersihan kulit daerah perianal pada diare: membersihkan menggunakan air kemudian dikeringkan, mengganti diaper setiap kali diare, hindari penggunaan tissue basah.

➤ *Fokus Evaluasi*

- Tidak terjadi deficit volume cairan/Hipovolemia/gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit: nadi teraba normal, tekanan darah normal, turgor kulit kembali segera, membran mukosa lembab, volume urin sesuai, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, suhu tubuh normal
- Tidak terjadi gangguan nutrisi, ditandai dengan kenaikan BB, membrane mukosa tidak pucat, nafsu makan meningkat.
- Integritas kulit baik : tidak ada kemerahan, iritasi, lecet dan nyeri.
- Tidak ada keluhan konstipasi: BAB lancer, bising usus normal, tidak ada distensi abdomen.
- Tidak terjadi Ikterik Neonatus, ditandai dengan kadar bilirubin dalam batas normal, tidak ada kuning pada seluruh tubuh. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.126-132)

d) Sistem Integumen

Kasus system integumen yang banyak ditemukan adalah campak.

➤ *Fokus Pengkajian*

Timbul ruam pada kulit dimulai dari belakang telinga menyebar ke seluruh tubuh, disertai dengan keluhan gatal, adanya lecet bekas gerakan, kulit kering, tampak kotor, melaporkan kekhawatiran jika mandi.

➤ *Fokus Masalah*

- Gangguan integritas kulit: adalah kerusakan kulit dan jaringan ditandai dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit, nyeri, kemerahan, lecet, dan gatal.
- Defisit Perawatan diri: adalah tidak mampu melakukan atau mampu mandi, minat melakukan perawatan diri kurang, menolak melakukan perawatan diri.

➤ *Fokus Intervensi dan Implementasi*

Perawatan kulit : mandi, menyeka tubuh dengan washlap basah.

➤ *Fokus Evaluasi*

Tidak terjadi gangguan integritas kulit ditandai dengan tidak ada kemerahan, kulit lembab, kulit tampak bersih. Kebersihan diri terjaga ditandai dengan mandi teratur, kulit bersih. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.132-133)

e) Sistem persyarafan

Kasus system persarafan yang banyak ditemukan adalah kejang demam, meningitis, hidrosepalus.

➤ *Fokus Pengkajian*

Menentukan karakteristik kejang yang merupakan gangguan pada fungsi otak yang normal sebagai akibat dari aliran elektrik yang abnormal yang berdampak hilangnya kesadaran, gerakan tubuh tidak terkendali, perubahan perilaku dan sensasi, perubahan sistem otonom.

Menentukan fungsi saraf kranial dengan melihat respon pupil, menentukan perubahan suhu, adanya kaku kuduk, reflex Babinski, Kernig, dan Bruzinzki.

Menentukan peningkatan tekanan intrakranial (fontanel cembung, muntah proyektil, dan kesadaran menurun). Pemeriksaan penunjang: lumbal pungsi, EEG, serum elektrolit glukosa, kultur darah.

➤ *Fokus Diagnosis*

- Hipertemia terjadi karena proses inflamasi dan infeksi.
- Risiko gangguan perfusi jaringan serebral yang disebabkan adanya penurunan sirkulasi darah ke otak yang ditandai dengan adanya peningkatan tekanan intracranial.
- Risiko cedera yang terjadi karena adanya kejang, perubahan status mental dan penurunan tingkat kesadaran.
- Nyeri yang terjadi karena adanya iritasi lapisan otak.

➤ *Fokus Intervensi dan Implementasi*

Mempertahankan suhu stabil (kompres hangat/water sponging, antipiretik, antibiotik), Mencegah cedera dan kejang berulang Kolaborasi pemberian antikonvulsan, Pendidikan kesehatan Pada orang tua cara penanganan kejang di rumah, Pemberian obat per rectal, Perawatan VP shunt, Perawatan integritas kulit, Pemberian posisi saat kejang, Stimulasi tumbuh kembang.

➤ *Evaluasi*

Tidak terjadi kejang berulang

Anak terbebas dari demam/cedera

Orang tua memahami cara penanganan kejang di rumah

Orang tua memahami perawatan VP shunt yang dapat dilakukan oleh orang tua di rumah

(Kariasa, I.M., et al., 2019. p.134-137)

f) Sistem perkemihan

Kasus system perkemihan yang banyak ditemukan adalah infeksi saluran kemih (ISK), sindrom nefrotik.

➤ *Fokus Pengkajian*

Anamnesis: menentukan faktor resiko infeksi saluran kemih, menentukan tanda kongesti, iritasi/ketidaknyamanan genital, darah dalam urin, sering merasakan dorongan untuk berkemih namun urin yang keluar sedikit, urin berwarna pekat (kadang berdarah), ketidaknyamanan pada daerah pervis, rasa sakit pada daerah pubis, perasaan tertekan pada daerah perut bagian bawah, demam rasa terbakar dan perih saat berkemih, nyeri di daerah punggung dan pinggang, mual, muntah, berat badan meningkat, mudah lelah, dan demam.

Inspeksi: edema periorbital, ekstremitas, anasarka, asites, hematuria, . adanya pruritus, keletihan, perubahan warna kulit pada sindrom nefrotik, pernapasan cepat, keterlambatan perkembangan, wajah tampak sembab, kenaikan berat badan.

Palpasi: distensi kandung kemih, edema labia/srotum. Pemeriksaan laboratorium: leukosuria, hematuria, kultur urin, hitung koloni, bakteriologi, urinalisis, dan protein urin.

➤ *Fokus Masalah*

- Kelebihan volume cairan diakibatkan kerusakan pada glomerulus yang menyebabkan peningkatan permeabilitas glomerulus dan hilangnya protein plasma, penurunan albumin dalam darah, penurunan tekanan osmotik, perpindahan cairan intravaskuler ke instersisial yang menyebabkan edema.
- Nyeri dikarenakan adanya proses Inflamasi pada kandung kemih menyebabkan obstruksi saluran kemih yang bermuara pada vesika urinaria yang mengakibatkan kontraksi di dinding vesika urinaria.
- Perubahan pola eliminasi disebabkan adanya obstruksi mekanik pada kandung kemih atau struktur traktus urinarius lain yang menyebabkan iritasi uretra sehingga mengalami oliguria.

➤ *Fokus Intervensi dan Implementasi*

Monitor balance cairan.

Monitor hasil laboratorium.

Monitor karakteristik urin.

Diet rendah natrium.

Istirahat dan aktivitas seimbang

Tehnik relaksasi

Pendidikan kesehatan tentang perineal hygiene yang tepat.

➤ *Fokus Evaluasi*

Anak mengalami haluaran urin yang adekuat sesuai usia

Edema berkurang

Pola eliminasi normal

Warna urin: jernih

Orang tua melakukan perineal hygiene dengan tepat

(Kariasa, I.M., et al., 2019. p.137-140)

h) Sistem hematologi dan imunologi

Kasus system hematologi dan imunologi yang banyak ditemukan adalah Thalasemia, Demam Berdarah Dangué,

➤ Fokus Pengkajian

Pada thalasemia: mudah lelah, letargis, anoreksia, sesak Napas penebalan tulang kranial, pembesaran limpa dan hepar, serta menipisnya tulang kartilago, konjungtiva pucat, kulit pucat dan berwarna keabuan (hemosiderosis), anemia (Hb rendah), gangguan tumbuh kembang dan riwayat transfusi darah rutin.

Pada DHF: demam terus menerus 2-7 hari, hepatomegali, tanda presyok (nadi lemah dan cepat, tekanan nadi menurun, tekanan darah menurun, dan kulit teraba dingin), terdapat petekhie, uji tourniquet positif, perdarahan gusi, hematemesis, melena, nyeri sendi dan nyeri kepala terjadi karena peningkatan permeabilitas pembuluh darah yang berdampak adanya kebocoran plasma.

Pemeriksaan laboratorium: arah tepi (HB minimal 8 g/dl-9,5 g/dl, hematrokrit 33-38%, trombosit 200.000/m-400.000/m, lekosit 9.000-12.000/mm³), dan foto rontgen

Klasifikasi DHF: Derajat demam disertai gejala tidak khas, uji touniquet + Derajat I : derajat I ditambah perdarahan spontan (perdarahan di hidung/epistaksis, hematemesis, melena), Derajat III: jika ditemukan kegagalan sirkulasi darah dengan nadi cepat dan lemah, tekanan nadi menurun, hipotensi disertai kulit dingin dan lembab serta gelisah . Derajat VI: terdapat renjatan berat,nadi tidak teraba, tekanan darah tidak teratur .

➤ Fokus Masalah

Pada Thalasemia

- Perfusi perifer tidak efektif disebabkan karena penurunan komponen sel darah (eritrosit) yang diperlukan untuk pengangkutan oksigen
- Intoleransi aktivitas disebabkan karena tidak seimbang antara suplai O₂ dan kebutuhan

Pada kasus DHF

- Hipertemia karena proses inflamasi, peningkatan laju metabolisme, dan dehidrasi .
- Risiko perdarahan disebabkan karena trombositopenia.
- Defisit volume cairan disebabkan kehilangan volume cairan aktif, dan kegagalan mekanisme regulasi.

➤ *Fokus Intervensi dan Implementasi*

Terapi rehidrasi oral/parenteral, monitor hasil laboratorium, manajemen nyeri. Tingkatkan oksigenasi jaringan, cegah atau minimalkan perdarahan. Istirahat dan kompres. Observasi tanda vital tiap jam. Observasi Ht, Hb dan trombosit secara periodik. Kolaborasi pemberian transfusi, monitor reaksi transfusi. Pengambilan sampel darah, uji tourniquet, transfusi darah. Rujuk ke komunitas talasemia.

➤ *Fokus Evaluasi*

Tidak ada tanda dehidrasi dan perdarahan, hasil laboratorium dalam rentang normal.

Perfusi perifer efektif : suhu normal, akral hangat, CRT <3 detik, Hb optimal 10 mg/dl. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.141-144)

i) *Sistem Penginderaan*

Kasus system penginderaan yang banyak ditemukan adalah konjungtivitis, Infeksi telinga.

➤ *Fokus Pengkajian*

Pada konjungtivitis: hiperemia di mata, adanya cairan yang keluar di mata, edema kelopak mata, dan nyeri.

Pada OMA/OMSK: adanya cairan eksudat yang keluar dari telinga, kemerahan pada membrane timpani.

Mastoiditis: nyeri belakang telinga, pembengkakan belakang telinga, adanya cairan keluar dari telinga.

➤ *Fokus Masalah*

- Gangguan persepsi sensoris: penglihatan: Gangguan penurunan penglihatan yang disebabkan karena adanya proses infeksi pada konjungtiva yang ditandai dengan adanya kemerahan/eksudat pada konjungtiva.
- Nyeri disebabkan proses peradangan.
- Gangguan persepsi pendengaran disebabkan karena adanya proses infeksi/inflamasi pada telinga dalam

➤ *Fokus Intervensi dan Implementasi*

Membersihkan kelopak mata. Membersihkan telinga. Memberikan posisi yang nyaman. Memberikan antibiotik dan analgesic.

➤ *Fokus Evaluasi*

Persepsi sensorik tidak terganggu.

Nyeri berkurang dan hilang.

Suhu dalam batas normal.

Tidak ada secret pada mata atau telinga.

(Kariasa, I.M., et al., 2019. p.144-146)

k) Pelayanan Kesehatan

A. Imunisasi Dasar

BCG diberikan pada usia 0-1 bulan (masih dapat diberikan sampai usia 2 bulan). Vaksin ini ditujukan untuk mencegah TBC, dengan dosis pemberian 0,05 ml dan route pemberian di intrakutan.

DPT diberikan pada usia 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan. Vaksin di ditujukan untuk mencegah Difteri, Pertusis, dan Tetanus dengan dosis pemberian 0,5 ml dan route pemberian intramuskuler.

Polio diberikan pada usia 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. Vaksin ini ditujukan untuk mencegah polio yang diberikan secara oral sebanyak 2 tetes sekali pemberian.

Hepatitis diberikan mulai dari bayi baru lahir dengan dosis 0,5 ml secara intramuskuler. Vaksin ini diberikan sebanyak 4 kali pada usis saat lahir, 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. Diberikan sebagai upaya untuk mencegah penyakit hepatitis.

Campak diberikan pada usia 9 bulan dengan dosis (0,5 ml dan diberikan secara intramuskuler. Diberikan sebagai upaya untuk mencegah penyakit campak, dan

Kejadian pneumonia akibar infeksi Rubeola. Beberapa vaksin diberikan bersamaan dengan istilah yang biasa digunakan yaitu pemberian vaksin Combo (DPT dan Hepatitis).

B. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Menentukan usia kronologis

Cara menentukan usia kronologis anak yaitu tanggal pemeriksaan dikurangi dcngan tanggal lahir. Contoh: tanggal pemeriksaan 21 Januari 2018 dan tanggal lahir 30 Oktober 2016,

21-01-2018

30-10-2016

21-02-1

Jadi usia anak 21 hari 2 bulan 1 tahun atau 1 tahun 2 bulan 21 hari, dan dijadikan bulan maka usia anak 15 bulan. Pada anak yang lahir prematur maka penentuan usia kronologisnya dikurangi selisih usia matur (40 minggu) dengan usia minggu prematurnya. Misalnya pada hitungan di atas jika anak lahir prematur usia 36 minggu maka usia kronologis anak akan dikurangi 4 minggu sehingga anak berusia 14 bulan.

Menentukan perkembangan dengan KPSP, Pada pemeriksaan perkembangan, dilakukan dengan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP). Hasil pemeriksaan diinterpretasikan sebagai berikut:

a. Bila hasil Ya 9 - 10 maka diinterpretasikan sesuai

- b. Bila hasil Ya 7 - 8 maka diinterpretasikan meragukan
- c. Bila hasil Ya < 7 maka diinterpretasikan risiko penyimpangan.

C. Bayi Berat Lahir Rendah

Proses Keperawatan Bayi Berat Lahir Rendah

➤ Fokus Pengkajian

Berat badan kurang dari 2500 gram, reflek hisap dan menelan lemah, lemak subkutan tipis, suhu kurang dari 36,4 derajat celcius, gerakan bayi kurang aktif dan usia kehamilan/gestasi.

➤ Fokus Masalah Keperawatan

- Hipotermia yang disebabkan karena gangguan termoregulasi.
- Kekurangan nutrisi dikarenakan lemahnya reflek hisap dan menelan.
- Gangguan pertukaran gas dikarenakan prematuritas organ pernapasan.
- Cemas orang tua disebabkan karena kondisi bayinya.

➤ Fokus Intervensi dan Implementasi

- Hangatkan bayi dengan meletakkan dalam radian warmer, incubator atau perawatan metode kanguru
- Pemberian nutrisi parenteral jika tidak dapat diberikan secara oral
- Pemberian ASI melalui OGT
- Pemberian ASI dengan menyusui langsung jika reflex hisap dan menelan adekuat.
- Perawatan di ruang intensif untuk mendapatkan dukungan ventilasi mekanik.
- Edukasi kepada orang tua tentang keadaan bayinya serta edukasi pemberian ASI

➤ Fokus Evaluasi

Suhu dalam batas normal (36,5 s.d 37,5 derajat celcius).

Penurunan berat badan tidak lebih dari 10x BB1 (pada minggu pertama).

Tanda-tanda vital dalam baras normal (Frekuensi napas 30-60x/menit, frekuensi nadi 140-160x/menit).

Orang tua berperan aktif dalam perawatan.

E. Hospitalisasi

Pengertian: hospitalisasi adalah masuknya seorang anak ke dalam rumah sakit atau masa saat anak dirawat di rumah sakit. Sumber stressor hospitalisasi: sumber stressor yaitu lingkungan baru, berpisah dengan keluarga atau teman sebaya, kehilangan kontrol, dan kurangnya informasi pada anak mulai usia prasekolah.

Respon penerimaan hospitalisasi: diawali dengan tahap protes (menangis kuat, menjerit, memanggil orang terdekat, menendang, tidak mau ditinggal oleh orang tua dan agresif terhadap orang baru), tahap putus asa (tampak tenang, menangis berkurang, tidak aktif, tidak berminat bermain, tidak nafsu makan, membina hubungan yang dangkal dengan orang lain), tahap menerima (mulai tertarik dengan lingkungan yang baru).

Intervensi dampak hospitalisasi: rooming in, partisipasi orang tua dan keluarga, ruang perawatan seperti suasana rumah, meminimalkan tindakan invasif, penjelasan secara konkret mulai anak usia pra sekolah, fasilitasi teman sebaya untuk berkunjung dan memberikan kesempatan sosialisasi. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.146-151)

Buku Rujukan Utama :

Kariasa, I, Made, DKK. 2019. SINERSI Uji Kompetensi Ners Indonesia Edisi R, Jakarta : AIPNI

Referensi Utama :

Keyle, TE. & Carman, S. (2010/2015). Buku ajar keperawatan pediatri volume 1. Jakarta: EGC

Keyle, T.E. & Carman, S. (2010/2015). Buku ajar keperawatan pediatri volume 2. Jakarta: EGC

Keyle, T.E. & Carman, S. (2010/2015). Buku ajar keperawatan pediatri volume 3. Jakarta: EGC

Keyle, T.E. & Carman, S. (2010/2015). Buku ajar keperawatan pediatri volume 4. Jakarta: EGC

Pillitteri, A. (1999). Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family (3rd edition). Philadelphia : JB Lippincot.

PPNI (2016). Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik

(Ed 1). Jakarta: DPP PPNI.

WHO (2013). Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illnesses (2nd edition)

Geneva: WHO

3) Keperawatan Maternitas

Keperawatan Maternitas adalah : pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan kepada klien (wanita usia subur, pasangan usia subur yang berkaitan dengan sistem reproduksi, wanita masa kehamilan, persalinan, nifas, wanita antara 2 kehamilan dan bayi baru lahir sampai usia 40 hari beserta keluarganya), berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam melakukan adaptasi fisik dan psikososial dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Pendekatan proses keperawatan maternitas terbagi menjadi 3 area yaitu Antenatal, Intranatal, Postnatal serta pendekatan proses keperawatan pada Kesehatan Reproduksi.

a) Area Antenatal

➤ *Aspek Pengkajian*

Menentukan: status obstetrik, menentukan usia kehamilan berdasarkan HPHT maupun TFU, dan menentukan taksiran persalinan. Mengidentifikasi adaptasi fisiologis dan psikologis pada masa kehamilan (Hyperpigmentasi pada kulit, anemia fisiologis, kondisi payudara, mengidentifikasi posisi, letak,

presentase dan penurunan presentasi, menghitung DJJ, menghitung gerakan janin, reflek patella dan edema pada kaki.

Mengidentifikasi tanda dan bahaya perdarahan pada awal kehamilan: Abortus, KET dan Mola hidatidosa. Mengidentifikasi tanda dan bahaya perdarahan pada kehamilan lanjut: Plasenta previa dan Solusio plasenta. Mengidentifikasi penyakit yang timbul karena kehamilan Hiperemesis gravidarum, Preeklampsia dan Eklampsia.

➤ *Aspek Diagnosa Keperawatan*

- Risiko defisit nutrisi, nausea, risiko cedera ibu, risiko cedera janin risiko gangguan hubungan ibu dan janin, resiko kehamilan tidak dikehendaki, kesiapan peningkatan proses keluarga dan konstipasi

➤ *Intervensi/Implementasi*

Pemenuhan kebutuhan nutrisi, keseimbangan cairan, mencegah terjadinya cedera ibu dan janin, edukasi antenatal, asuhan keperawatan pada kehamilan, memberikan asuhan keperawatan antenatal berdasarkan transkultural/budaya, teknik bernapas, monitoring perdarahan, manajemen perdarahan, pemeriksaan payudara, persiapan melahirkan, dukungan pengambilan keputusan, dukungan emosional, pendidikan kesehatan, screening kesehatan, perawatan kehamilan resiko tinggi, perawatan bayi baru lahir, nutrisi, dan mencegah/pengurangan pendarahan.

➤ *Evaluasi*

Keberhasilan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi: Berat badan meningkat, porsi makan dihabiskan, dan patuh pada diet. Keseimbangan cairan: Mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, dan kelopak mata tidak cekung.

Pencegahan cedera ibu: Tidak terjadi cidera dan tanda-tanda vital normal.

Kebutuhan oksigenasi: Respirasi normal, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, dan tidak ada pernafasan cuping hidung. Manajemen nyeri: Rentang skala nyeri menurun, pasien mampu menggunakan tehnik-tehnik untuk menurunkan nyeri (relaksasi dan distraksi).

Kesehatan Spiritual: Pasien mampu menggunakan pendekatan spiritual untuk mengatasi masalah kesehatan.

Keseimbangan Elektrolit: Hasil laboratorium elektrolit normal

Kontrol kecemasan diri: Pasien mampu menggunakan coping untuk mengatasi kecemasan

Kontrol mual muntah: Pasien mampu mengontrol mual dan muntah .

Kontrol resiko kehamilan tidak diharapkan: Pasien mampu menggunakan coping untuk menerima kehamilan.

Mempertahankan pemberian ASI: ASI adekuat.

Perilaku kesehatan ibu antenatal: Pasien mampu mempertahankan perilaku sehat.

Perilaku kesehatan perinatal: Pasien mampu mempertahankan perilaku sehat pada masa perinatal.

Perilaku Promosi Kesehatan: Pasien mampu meningkatkan status kesehatan

Pencegahan cedera janin: DJJ normal, Pergerakan janin aktif dan CTG reassuring

b) Area Intranatal

- Partograf
- Kemajuan persalinan
- Bounding and attachment
- APGAR score
- Manajemen kala III
- Observasi kala IV
- Management nyeri persalinan
- Gangguan pada masa persalinan : dystocia (CPD) dan Ketuban Pecah Dini (KPD).

➤ *Aspek Pengkajian*

Kemajuan persalinan (pemeriksaan dalam), Bugar dan APGAR Score, observasi tanda tanda kala III, observasi kala IV, KPD dan Partograf (DJJ, pembukaan dan penurunan presentasi, kontraksi uterus, ketuban, moulage, TD, nadi dan observasi kandung kemih).

➤ *Aspek Diagnosa Keperawatan*

Nyeri persalinan, ansietas, risiko cedera ibu, risiko cedera janin, risiko perdarahan, defisit volume cairan, penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, gangguan pola tidur, kelelahan, dan gangguan rasa nyaman.

➤ *Intervensi/Implementasi*

1. Manajemen nyeri persalinan (non farmakologis dan farmakologis). Pendekatan secara non farmakologis tanpa penggunaan obat-obatan seperti relaksasi, masase, akupresur, akupunktur, kompres panas atau dingin dan aromaterapi, sedangkan secara farmakologis melalui penggunaan obat-obatan.
2. Asuhan persalinan normal (APN) : Observasi kemajuan persalinan, pemeriksaan dalam, amniotomi, mencegah laserasi perineum, Bounding attachmen/IMD, manajemen aktif kala III, masase uterus dan observasi kala IV.
3. Mencegah hipotermi bayi: Konveksi, konduksi, radiasi dn evaporasi.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan intranatal berdasarkan budaya
5. Penggunaan partograf
6. Manajemen cairan
7. Dukungan Spiritual

➤ *Aspek Evaluasi*

Keberhasilan pemenuhan kebutuhan pada ibu masa intranatal dan bayi baru lahir (BBL)

1. Manajemen nyeri: Pasien mampu menggunakan tehnik-tehnik untuk menurunkan nyeri (relaksasi dan distraksi)
2. Dukungan Spiritual: Pasien mampu menggunakan pendekatan spiritual dalam menghadapi persalinan
3. Pasien kooperatif selama proses persalinan (Kala I - IV)
4. Memfasilitasi lingkungan ekstra uteri
5. Memfasilitasi budaya pasien yang mendukung terhadap kesehatan
6. Mendokumentasikan proses persalinan dalam partograf
7. Keseimbangan cairan: mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis dan kelopak mata tidak cekung.
8. Keseimbangan Elektrolit: Hasil laboratorium elektrolit normal

c) Area Postnatal

- Involusi uteri
- Manajemen laktasi
- Reflek menyusui pada bayi
- Menilai REEDA
- Keluarga Berencana
- Pemeriksaan fisik ibu masa nifas
- Gangguan dan penyakit pada masa nifas : Perdarahan post partum: Atonia uteri dan laserasi pada jalan lahir dan infeksi postpartum.

➤ *Aspek Pengkajian*

Mengidentifikasi kondisi payudara dan puting, mengidentifikasi refleks menyusu pada bayi, mengidentifikasi kontraksi dan involusi uterus, mengidentifikasi diastasis rectus abdominis (DRA), after pain, menilai bising usus, distensi kandung kemih, menilai REEDA, karakteristik lochea, haemoroid, mengidentifikasi tanda homan, mengidentifikasi tentang keluarga untuk penggunaan kontrasepsi, mengidentifikasi kondisi atonia uteri, mengkaji trauma/laserasi persalinan, mengidentifikasi adaptasi fisiologis dan psikologis postpartum, dan mengidentifikasi budaya yang mempengaruhi kondisi ibu masa postpartum.

➤ *Diagnosa Keperawatan*

Risiko infeksi, risiko ketidakseimbangan cairan, kurang pengetahuan, ketidakcukupan ASI, kesiapan untuk proses menyusui, nyeri, ketidaknyamanan pasca partum, ansietas, berduka, kesiapan peningkatan menjadi orang tua, pencapaian peran menjadi orang tua, resiko gangguan perlekatan, resiko pengasuhan tidak efektif, resiko infeksi, resiko injuri, retensi urine, menyusui Clektif, dan ren, tidak efektif.

➤ *Intervensi/Implementasi*

Pencegahan infeksi, pencegahan perdarahan, pemberian ASI eksklusif, manajemen laktasi, penetapan pemberian ASI, manajemen perdarahan postpartum, memberikan asuhan keperawatan postpartum dengan pendekatan budaya, bladder training, discharge planning. Pendidikan orang tua: Bayi, perawatan postpartum, konseling seksual, peningkatan kelekatan, keluarga berencana: kontrasepsi, keluarga berencana, perawatan kelahiran caesar, observasi tanda vital, fasilitasi proses berduka: kematian perinatal, dan hasil laboratorium.

➤ *Evaluasi*

1. Pencegahan cedera ibu: Tanda-tanda vital normal
2. Kebutuhan oksigenasi: Frekuensi napas normal, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, dan tidak ada pernafasan cuping hidung
3. Manajemen nyeri: Rentang skala nyeri menurun, pasien mampu menggunakan tehnik-tehnik untuk menurunkan nyeri (relaksasi dan distraksi)
4. Dukungan Spiritual: Pasien mampu menggunakan pendekatan spiritual untuk mengatasi masalah kesehatan
5. Keseimbangan Elektrolit: Hasil laboratorium elektrolit normal
6. Kontrol kecemasan diri: Pasien mampu menggunakan coping untuk mengatasi kecemasan
7. Mempertahankan pemberian ASI: ASI adekuat
8. Perilaku kesehatan ibu postpartum: Pasien mampu mempertahankan perilaku sehat:

9. Perilaku kesehatan perinatal: Pasien mampu mempertahankan perilaku sehat pada masa perinatal
10. Perilaku promosi kesehatan: Pasien mampu meningkatkan status kesehatan dan KB

d) Kesehatan Reproduksi

➤ *Ringkasan Materi*

Gangguan-gangguan dan penyakit pada sistem reproduksi:

- A. Asuhan keperawatan pada perempuan dengan kelainan menstruasi: Dismenore
- B. Penyakit menular seksual: Gonorrhea, sipilis dan HIV/AIDS
- C. Keganasan pada sistem reproduksi: Ca serviks dan ca payudara
- D. Infeksi organ reproduksi : Servitis dan vulvitis.

➤ *Aspek Pengkajian*

1. Mengidentifikasi nyeri pada saat menstruasi
2. Mengidentifikasi adanya sekresi purulent, berbau dan perubahan warna dari area genital
3. Mengidentifikasi dengan SADARI pada area payudara
4. Menginterpretasi hasil pemeriksaan penunjang: Usapan vagina, IVA, papsmear, hasil laboratorium, hasil PA, dan mamografi

➤ *Diagnosa Keperawatan*

Nyeri, risiko infeksi, harga diri rendah, risiko gangguan peran ibu, berduka/kehilangan, disfungsi seksual, dan ketidakefektifan pola seksual.

➤ *Intervensi/Implementasi*

Manajemen nyeri, pencegahan transmisi, mekanisme koping, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang PA, deteksi dini SADARI, Papsmear, IVA dan mamografi.

➤ *Evaluasi*

1. Manajemen nyeri: Pasien mampu menggunakan teknik-teknik untuk menurunkan nyeri (relaksasi dan distraksi)
2. Dukungan spiritual: Pasien mampu menggunakan pendekatan spiritual dalam menghadapi penyakit
3. Memfasilitasi budaya pasien yang mendukung terhadap kesehatan
4. Tatalaksana pencegahan infeksi dan transmisi: penggunaan APD.

(Kariasa, I.M., et al., 2019. p.173-182)

Buku Rujukan Utama :

Kariasa, I, Made, DKK. 2019. SINERSI Uji Kompetensi Ners Indonesia Edisi R, Jakarta : AIPNI

Referensi Utama :

Foley, TS, Davies MA (1983). Rape. Nursing care of victims. St. Louis : The CV Mosby company.

Bulechek, G.M . Butcher, H.K. Dochterman, J.M. Wagner, C.M. (2013). Nursing Intervention Classification (NIC). 6th Ed. Elsevier Pte. Ltd. Singapore.

Moorhea, . S. Johnson, M. Maas, M.L. Swanson, E. (2013). Nursing Outcomes Classification (NOC). 5th Ed. Elsevier Pte. Ltd. Singapore.

May, KA, Mahlmeister, LR (1999). Maternal and Neonatal Nursing. Family centered care (4th ed). Philadelphia : JB Lippincott.

Mc. Kinney, S. E. (2005). Maternal child nursing. St. Louis: Saunders Elsevier .

Herdman, Kamitsuru (2014), Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017. Tenth Edition, NANDA International, Inc.

Lowdermilk, Perry, Cahion (2013), Keperawatan Maternitas, Edisi 8, Buku 1, Elsevier, Pte. Ltd. Singapore.

Lowdermilk, Perry, Cahion (2013), Keperawatan Maternitas, Edisi 8, Buku 2, Elsevier, Pte. Ltd. Singapore.

Perry, Lowdermilk, Cashion, Alden, Olshansky, Hockenberry, Wilson, Rodgers (2018), Maternal child Nursing Care, sixth edition, Elsevier Inc, St. Louis, Missouri.

4) Keperawatan Jiwa

a) Masalah psikososial

A. Ansietas

Ansietas atau kecemasan adalah perasaan was-was, khawatir takut yang tidak jelas atau ketidaknyamanan seakan-akan terjadi sesuatu yang mengancam.

➤ *Pengkajian*

Adanya perubahan fisiologis, psikologis dan kognitif.

➤ *Diagnosa*

Ansietas

➤ *Intervensi*

Identifikasi tanda-tanda ansietas. Ajarkan tehnik tarik nafas dalam, Lakukan distraksi. Lakukan spiritual Hipnotis lima jari

➤ *Evaluasi*

Peningkatan kemampuan pasien mengatasi ansietas | ditandai dengan tanda-tanda vital dalam batas normal, mampu mengontrol perilaku, dan lapang persepsi meluas.

B. Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan adalah suatu kondisi dimana individu mempersepsikan bahwa tindakan yang dilakukan individu tidak akan memberikan hasil yang bermakna sehingga menyebabkan hilang kontrol atas situasi saat ini maupun yang akan terjadi (Wilkinson, 2012).

➤ *Pengkajian*

Klien ketidakberdayaan memperlihatkan keraguraguan terhadap penampilan peran, ketidakmampuan perawatan diri, tidak dapat menghasilkan sesuatu, ketidakpuasan dan frustrasi, menghindari orang lain, menunjukkan perilaku ketidakmampuan mencari informasi tentang perawatan, tidak bisa pengambilan keputusan, ketergantungan terhadap orang lain, dan gagal mempertahankan ide/pendapat. Klien juga terlihat apatis dan pasif, ekspresi muka murung, bicara dan gerakan lambat, tidur berlebihan, serta nafsu makan tidak ada lagi atau berlebihan.

➤ *Diagnosa*

Ketidakberdayaan

➤ *Intervensi*

Bantu pasien untuk mengekspresikan perasaannya, Diskusikan tentang masalah yang dihadapi pasien tanpa memintanya untuk menyimpulkan. Identifikasi pemikiran yang negative. Membantu pasien untuk meningkatkan pemikiran yang positif.

➤ *Evaluasi*

Klien mampu mengendalikan perasaan ketidakberdayaan ditandai dengan mengungkapkan pikiran positif akan kemampuannya mengendalikan situasi

C. Berduka

Kehilangan (loss) adalah suatu situasi aktual maupun fisiko yang dapat dialami individu ketika berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian atau keseluruhan, atau terjadi perubahan dalam hidup sehingga terjadi perasaan kehilangan. Berduka (grieving) merupakan reaksi emosional terhadap kehilangan. Hal ini diwujudkan dalam berbagai cara yang unik pada masing-masing orang dan didasarkan pada pengalaman pribadi, ekspektasi budaya, dan keyakinan spiritual yang dianutnya.

1. Denial (mengingkari peristiwa yang terjadi, tidak percaya itu terjadi, letih, lesu, mual, gelisah, tidak tahu apa yang akan dilakukan) .
2. Anger (melampiaskan kekesalan, nada suara tinggi, berteriak, bicara kasar, menyalahkan orang lain, menolak pengobatan, agresif, nadi cepat, gelisah, tangan mengepal, susah tidur)
3. Bargaining (berusaha kembali ke masa lalu, sering mengatakan “andai saja)
4. Depression (menolak makan dan bicara, menyatakan putus asa dan tidak berharga, susah tidur, letih)
5. Acceptance (menerima kenyataan kehilangan)

➤ *Pengkajian*

Kaji tingkat kehilangan

Respon emosional: berduka yang ditandai dengan perasaan sedih, merasa bersalah, menyalahkan, tidak menerima kehilangan dan merasa tidak ada harapan dan menangis, pola tidur berubah, tidak mampu dan tidak berkonsentrasi.

➤ *Diagnosa*

Berduka

➤ *Perencanaan dan Pelaksanaan*

Identifikasi proses terjadinya berduka, memahami perubahan fisik dan peran atau kondisi kesehatan dan kehidupannya. Motivasi harapan dan keyakinan melanjutkan kehidupan. Tingkatan kegiatan spiritual dan beradaptasi dengan keadaan dan merasa lebih Optimis.

➤ *Evaluasi*

Klien mampu melalui fase berduka sampai pada tahap acceptance ditandai dengan pemenuhan kebutuhan dasar (nutrisi, istirahat dan tidur, serta kebersihan diri) kestabilan tanda-tanda vital, dan perasaan optimis.

D. Gangguan Citra Tubuh

Setiap individu memiliki pandangan diri pada aspek fisik, emosional, Intelektual dan dimensi fungsional yang akan berubah setiap waktu dan tergantung pada situasi. Masalah pada komponen konsep diri terdiri dari 5 komponen : Gangguan citra tubuh, perubahan peran, ideal diri tidak realistis, gangguan Identitas, dan harga diri rendah situasional,

Gangguan citra tubuh adalah perasaan tidak puas seseorang terhadap tubuhnya yang diakibatkan oleh perubahan struktur, bentuk dan fungsi tubuh karena tidak sesuai dengan yang diinginkan.

➤ *Pengkajian*

Tanda dan gejala terjadinya perubahan fungsi tubuh (misal: anomali, penyakit, obat-obatan, kehamilan, radiasi, pembedahan, trauma, dll), perubahan fungsi kognitif, ketidaksesuaian budaya, transisi perkembangan, proses penyakit, gangguan psikososial, trauma, dan tindakan pengobatan. Klien tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh dan mengungkapkan perasaan negatif tentang tubuh.

➤ *Diagnosa*

Gangguan Citra Tubuh

➤ *Perencanaan dan Pelaksanaan*

Identifikasi perubahan citra tubuh dan harapan terhadap citra tubuhnya saat ini. Motivasi pasien untuk melihat bagian tubuh yang hilang secara bertahap. Bantu pasien menyentuh bagian tubuh tersebut observasi respon pasien terhadap perubahan bagian tubuh. Bantu pasien untuk meningkatkan fungsi bagi tubuh yang sehat. Ajarkan pasien melakukan afirmasi dan melatih bagian tubuh yang sehat. Beri pujian yang realistis atas kemampuan pasien. Ajarkan pasien untuk meningkatkan citra tubuh dan melatih bagian tubuh yang terganggu.

➤ *Evaluasi*

Klien mampu menerima perubahan struktur, bentuk dan fungsi tubuh ditandai dengan mau melihat bagian tubuh yang berubah, terlibat aktif dalam perawatan termasuk dalam penggunaan protese.

E. Keputusasaan

➤ *Ringkasan Materi*

Keputusan merupakan keyakinan seseorang bahwa dirinya maupun orang lain tidak dapat melakukan sesuatu untuk mengatasi masalahnya, memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya pemecahan masalah, dan tidak mampu memobilisasi energi demi keperentingan pribadi.

➤ *Pengkajian*

Tanda dan gejala : mengalami stres jangka panjang, penurunan kondisi fisiologis, penyakit kronis, kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual, kehilangan kepercayaan pada nilai-nilai penting, pembatasan aktivitas jangka panjang dan isolasi sosial. Klien mengungkapkan keputusan, isi pembicaraan yang pesimis. Isi pembicaraan yang pesimis "Saya tidak bisa", kurang dapat berkonsentrasi, bingung, berperilaku pasif, sedih dan fokus perhatian menyempit.

➤ *Diagnosa*

Keputusan

➤ *Perencanaan dan Pelaksanaan*

Identifikasi kemampuan membuat keputusan dan identifikasi area harapan dalam kehidupan. Identifikasi hubungan dan dukungan sosial yang dimiliki pasien. Latih cara merawat dirinya. Latih cara melakukan aktivitas positif. Latih cara partisipasi aktif dalam aktivitas kelompok. Latih cara tindakan koping alternatif dengan memperluas spiritual diri

➤ *Evaluasi*

Klien mampu mengatasi keputusan ditandai dengan. memiliki harapan dan kegiatan positif, merasa diri bermakna, serta memutuskan melanjutkan pengobatan.

F. Harga Diri Rendah Situasional

Harga diri adalah penilaian harga diri pribadi seseorang berdasarkan kesesuaian pencapaian diri dengan ideal diri. Seberapa sering seseorang mencapai tujuan secara langsung mempengaruhi perasaan kompeten (harga diri tinggi atau harga diri rendah).

➤ *Pengkajian*

Tanda dan gejala : perilaku mengkritik diri produktivitas menurun, gangguan dalam hubungan perasaan tidak mampu, bersalah, perasaan negatif terhadap tubuh sendiri, pandangan hidup pesimistis penolakan kemampuan pribadi, dan mengecilkan diri, lesu, ekspresi murung, mengabaikan perawatan diri, bicara pelan dan lirih, jalan dengan menunduk, postur tubuh menunduk, kontak mata kurang, lesu, pasif, tidak mampu membuat keputusan.

➤ *Diagnosa*

Harga Diri Rendah Situasional

➤ *Perencanaan dan Pelaksanaan*

Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. Nilai kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. Pilih kemampuan positif yang bisa dilatih, Latih kemampuan positif yang dimiliki dan berikan reinforcement positif terhadap setiap kemampuan klien.

➤ *Evaluasi*

Klien mampu meningkatkan dan melakukan aspek positif yang dimiliki.

b) Masalah gangguan jiwa

A. Harga Diri Rendah Kronik

➤ *Pengkajian*

Faktor predisposisi dan presipitasi Tanda dan gejala : menilai diri negatif (mengungkapkan tidak berguna, tidak tertolong), merasa malu/bersalah, merasa tidak mampu melakukan apapun, meremehkan kemampuan mengatasi sulit, merasa tidak memiliki kelebihan. Berjalan menunduk, kontak mata kurang, lesu, tidak bergairah, berbicara pelan, hirih dan pasif.

Strategi Pelaksanaan (SP)

SP 1 : Identifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki

SP 2 : Bantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan

SP 3 : Bantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien

SP 4 : Anjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

➤ *Diagnosa*

Harga Diri Rendah Kronik

➤ *Perencanaan dan Pelaksanaan*

Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Latih pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan. Latih pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih. Latih kemampuan yang dipilih pasien.

➤ *Evaluasi*

Peningkatan kemampuan pasien mengatasi harga diri rendah dan penurunan tanda dan gejala.

B. Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah marah yang ekstrim atau ketakutan sebagai respon terhadap perasaan terancam berupa ancaman fisik atau ancaman terhadap konsep diri yang diekspresikan dengan mengancam, mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan. Proses terjadinya risiko perilaku kekerasan disebabkan faktor predisposisi: faktor biologi (neurobiologi), faktor perkembangan pada masa usia toddler tidak menyenangkan, sering mengalami kegagalan, kehidupan yang penuh tindakan agresif dan lingkungan yang tidak kondusif (bising dan padat), kecatatan fisik, penyakit kronis dan faktor psikologis. Faktor presipitasi: adanya ancaman (baik ancaman internal dan external) terhadap konsep diri seseorang, penyalahgunaan NAPZA, dan halusinasi.

Strategi Pelaksanaan (SP)

SP 1 : Identifikasi penyebab, tanda-tanda, jenis perilaku kekerasan yang dilakukan dan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 : tarik nafas dalam

SP 2 : latihan cara mengontrol secara fisik 2 : pukul kasur bantal

SP 3 : Latihan secara verbal 3 cara yaitu mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan benar

SP 4 : Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berdoa

SP 5 : Latihan minum obat

➤ *Pengkajian*

Faktor predisposisi dan presipitasi Tanda dan gejala : tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan, mengatakan ingin memukul orang lain, meremehkan keputusan mengungkapkan pikiran negatif, marah, mengamuk, melotot, pandangan mata tajam, tangan mengepal, berteriak, mendominasi dan agresif

➤ *Diagnosa*

Risiko Perilaku Kekerasan

➤ *Perencanaan dan Pelaksanaan*

Mengidentifikasi: penyebab (tanda, gejala, dampak perilaku kekerasan yang dilakukan). Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan. Mempraktekkan latihan cara mengontrol dengan cara fisik I, fisik II Mempraktekan secara verbal. Mempraktekkan secara spiritual. Menjelaskan cara minum obat (8 benar). Pada saat pasien dengan kondisi marah karena merasa ada ancaman, sehingga berespon melukai diri sendiri dan orang lain. Tindakan keperawatan bisa dilakukan terdiri tiga strategi yaitu preventif, antisipasi, dan pengekangan/ manajemen krisis.

Untuk tindakan dengan pengekangan (restrain) dilakukan hanya dengan kondisi darurat, ketika ada risiko besar akan membahayakan pasien atau orang lain. pengekangan ada dua macam fisik secara mekanik.

Prinsip tindakan pengekangan/pengikatanrestrain pada pasien dengan kondisi marah boleh dilakukan asal tidak melukai pasien. Pengekangan fisik harus dilakukan melalui pertimbangan etik seperti Non Maleficence Beneficence, Autonomy, Veracity, Justice. Nor Maleficence (tidak melakukan tindakan yang merugikan), Beneficence (setiap tindakan bermanfaat bagi pasien dan keluarga), Autonomy (tidak boleh memaksakan suatu tindakan pada pasien), Veracity) (mengatakan sejujurnya tentang apa yang dialami pasien), Justice (harus mampu berlaku adil pada pasien).

➤ *Evaluasi*

Peningkatan kemampuan pasien mengungkapkan marah secara konstruktif : kestabilan tanda-tanda vital, bicara tidak kasar dan mendominasi, ekspresi tenang, mengungkapkan keinginan dan penolakan secara asertif, melakukan kegiatan spiritual.

C. Halusinasi

Halusinasi adalah gejala gangguan jiwa berupa respon . panca indera, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan terhadap sumber yang tidak nyata.

Strategi Pelaksanaan (SP)

SP 1 : Mengajarkan klien dengan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

SP 2 : Mengajarkan klien dengan cara mengontrol halusinasi dengan meminum obat secara teratur,

SP 3 : Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap,

SP 4 : Anjurkan klien untuk memasukan jadwal kegiatan

➤ *Pengkajian*

Faktor predisposisi dan presipitasi Tanda dan gejala halusinasi: jenis halusinasi, tahapan halusinasi, komat-kamit, mondar-madir, mengarahkan telinga ke satu arah, sering meludah, menolak interaksi dengan orang lain, merasa sendirian, merasa tidak diterima dan menunjukkan permusuhan

➤ *Diagnosa*

Halusinasi : (sesuaikan dengan jenis halusinasi)

➤ *Perencanaan dan Pelaksanaan*

Mengidentifikasi jenis, frekuensi, isi, waktu, situasi dan respon terhadap halusinasi. Mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi Melatih pasar mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cekap dengan orang. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (biasa dilakukan pasien). Melatih pasien mampu minum obat dengan prinsip 8 benar

➤ *Evaluasi*

Peningkatan kemampuan pasien mengendalikan halusinasi ditandai dengan berorientasi sesuai realita.

D. Isolasi Sosial

Isolasi sosial adalah kondisi dimana seseorang mengalami gangguan hubungan interpersonal yang mengganggu fungsi individu tersebut dalam meningkatkan keterlibatan atau hubungan (sosialisasi) dengan orang lain. Proses terjadinya halusinasi disebabkan faktor predisposisi : faktor perkembangan, faktor biologis (genetic), dan faktor sosial kultural (komunikasi dalam keluarga). Faktor presipitasi: sosial kultural, perpisahan dengan orang yang berarti, tidak sempurnanya anggota keluarga dan factor psikologis.

Strategi Pelaksanaan (SP)

SP 1 : Bina hubungan saling percaya,

SP 2 : Ajarkan pasien berinteraksi secara bertahap

SP 3 : Latih pasien berinteraksi secara bertahap

SP 4 : Latih pasien terlibat dalam kegiatan kelompok seperti terapi aktifitas kelompok

➤ *Pengkajian*

Faktor predisposisi dan presipitasi : Tanda dan gejala: menolak interaksi dengan orang lain, merasa sendirian, merasa tidak diterima, mengungkapkan tujuan hidup yang tidak adekuat dan tidak ada dukungan orang yang dianggap penting, serta tidak mampu memenuhi harapan orang lain.

➤ *Diagnosa*

Isolasi Sosial

➤ *Perencanaan dan Pelaksanaan*

Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial. Mendiskusikan keuntungan berinteraksi dengan orang lain dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain. Berkenalan secara bertahap antara pasien-perawat, pasien-perawat - pasien, pasien dalam kelompok.

➤ *Evaluasi*

Klien mampu berinteraksi dengan lingkungan ditandai: ada kontak mata, mampu memulai percakapan, memperkenalkan diri pada orang lain, dan terlibat dalam kegiatan kelompok.

E. Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri adalah kondisi dimana individu tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri, adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun.

Strategi Pelaksanaan (SP)

SP 1 : Bina hubungan saling percaya

SP 2 : Identifikasi kebutuhan kebersihan diri

SP 3 : Jelaskan pentingnya kebersihan diri

SP 4 : Jelaskan peralatan yang digunakan untuk menjaga kebersihan

SP 5 : Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

➤ *Pengkajian*

Faktor penyebab : gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis dan atau psikotik, serta penurunan Motivasi / Minat. Tanda dan gejala: menolak melakukan perawatan diri, menyatakan tidak ada keinginan mandi secara teratur, perawatan diri harus dimotivasi, BAB/BAK di sembarang tempat dan tidak mampu menggunakan alat bantu makan. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet berhias secara mandiri, penampilan tidak rapi, pakaian kotor, tidak mampu berpakaian secara benar, tidak mampu melaksanakan kebersihan yang sesuai.

➤ *Diagnosa*

Defisit Perawatan Diri

➤ *Perencanaan dan Pelaksanaan*

Menjelaskan pentingnya kebersihan diri (menjelaskan cara menjaga kebersihan diri. Membantu pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri): Menjelaskan cara makan yang baik dan membantu pasien mempraktekkan cara makan yang baik Menjelaskan cara eliminasi yang baik dan

membantu pasien mempraktekkan cara eliminasi yang baik. Menjelaskan cara berdan dan membantu pasien mempraktekkan cara berdandan.

➤ *Evaluasi*

Evaluasi Peningkatan kemampuan pasien mengendalikan deficit perawat diri dan penurunan tanda dan gejala

F. Risiko Bunuh Diri

Bunuh diri adalah suatu upaya yang disadari dan ditimbulkan oleh diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan atau pembinasaaan oleh individu sebagai akibat krisis multidimensional pada pemenuhan kebutuhan individua dimana individu merasa ini adalah jalan keluar yang terbaik Proses terjadinya Risiko bunuh diri meliputi: Faktor predisposisi : Sosial budaya spiritual. Faktor presipitasi : biologi (putus obat), psikologis (takut kehilangan keluarga atau orang yang dicintai, faktor sosial ekonomi, masalah pekerjaan, gangguan peran dan konflik keluarga). Tingkatan bunuh diri terdiri dari isyarat, ancaman, dan percobaan. Pasien dengan isyarat bunuh diri sering kali mengungkapkan pernyataan tidak langsung terkait dengan keinginan bunuh dirinya, misalkan "Orang lain akan lebih baik mengasuh anak saya". Perawat harus menguasai tehnik komunikasi dalam merespon ungkapan pasien, seperti tehnik mendengarkan aktif, klarifikasi, hening dan lainnya.

Strategi Pelaksanaan (SP)

SP 1 : Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien

SP 2 : Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien

SP 3 : Melakukan kontrak treatment

SP 4 : Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri

SP 5 : Melatih cara mengendalikan bunuh diri

➤ *Pengkajian*

Faktor predisposisi dan presipitasi

Tanda dan gejala: Memberikan ancaman akan melakukan bunuh diri

Mengungkapkan ingin mati, mengungkapkan kata-kata segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya, mengungkapkan rencana ingin mengakhiri hidup.

Melakukan percobaan bunuh diri secara aktif dengan berusaha memotong nadi, menggantung diri, meminum racun, membenturan kepala, menjatuhkan kepala dari tempat yang tinggi, menyiapkan alat untuk melakukan rencana bunuh diri dan gelisah

➤ *Diagnosa*

Perilaku Kekerasan

➤ *Intervensi*

Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien (amankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien. Melakukan kontrak treatment. Mengajarkan cara mengendalikan

dorongan bunuh diri. Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri. Mengidentifikasi aspek positif pasien. Mendorong pasien untuk menghargai diri. sebagai individu yang berharga). Mengidentifikasi pola koping yang biasa diterapkan pasien. Menilai dan memotivasi pasien memilih pola koping yang konstruktif. Membuat rencana masa depan yang realistis bersama pasien.

➤ *Evaluasi*

Peningkatkan kemampuan mengendalikan keinginan bunuh diri yang ditandai dengan mempunyai harapan akan kehidupan, menghindari alat dan benda yang berbahaya, mengembangkan koping konstruktif.

G. Waham

Waham adalah keyakinan pribadi berdasarkan kesimpulan yang salah dari realitas eksternal). Waham juga diartikan sebagai keyakinan yang salah yang dipertahankan secara kuat/terus menerus namun tidak sesuai dengan kenyataan. Jenis waham meliputi : kebesaran, curiga, agama, nihilistic, dan lain-lain.

Strategi Pelaksanaan (SP)

SP 1 : Bina hubungan saling percaya

SP 2 : Identifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi

SP 3 : Mengontrol waham

SP 4 : Mendapat dukungan keluarga untuk mengatasi wahamnya

SP 5 : Minum obat sesuai program

➤ *Pengkajian*

Faktor predisposisi dan presipitasi

Tanda dan gejala : mudah lupa atau sulit konsentrasi, mengatakan bahwa ia adalah artis, nabi, presiden, wali, dan lainnya yang tidak sesuai dengan kenyataan, mengatakan hal yang diyakini secara berulang-ulang, dan sering merasa curiga dan waspada berlebihan. Inkoheren, flight of idea, sirkumtansial, sangat waspada, khawatir, sedih berlebihan atau gembira berlebihan, wajah tegang, perilaku sesuai isi waham, banyak bicara, menentang atau permusuhan, hiperaktif, menarik diri, tidak bisa merawat diri dan defensive.

➤ *Diagnosa*

Waham

➤ *Perencanaan dan Pelaksanaan*

Membantu orientasi realita. Mendiskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi. Membantu memenuhi kebutuhannya dan berdiskusi tentang kemampuan yang dimiliki. Melatih kemampuan yang dimiliki.

➤ *Evaluasi*

Peningkatan kemampuan berorientasi pada realita ditandai dengan bicara dalam konteks realita, mengenal kebutuhan yang tidak terpenuhi, mengembangkan aspek positif untuk mengatasi wahamnya. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.208-228)

Buku Rujukan Utama :

Kariasa, I, Made, DKK. 2019. SINERSI Uji Kompetensi Ners Indonesia Edisi R, Jakarta : AIPNI

Referensi Utama :

Potter & Perry (2013). Fundamental of Nursing. Mosby Elsevier.

Stuart G. W (2009). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. St. Louis: Mosby

Stuart, Keliat & Pasaribu (2016). Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Jakarta: Elsevier

5) **Keperawatan Keluarga**

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan keluarga dalam lingkup praktik keperawatan yang bersifat holistik dengan menempatkan keluarga dan komponennya sebagai focus pelayanan.

a) Sistem Pernafasan

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis. TB paru ditularkan dari individu terinfeksi ke orang lain melalui transmisi udara yaitu lepasnya droplet saat penderita berbicara, batuk, dan bersin. Individu yang berisiko tinggi untuk tertular TB immunosupresif, individu yang tinggal di daerah perumahan kumuh (pemukiman padat), lingkungan rumah yang memiliki ventilasi udara yang buruk, kebiasaan gaya hidup seperti merokok, stres, kurang olahraga dan kebersihan diri yang buruk.

➤ *Pengkajian*

Gejala TB paru: kelelahan, anoreksia, pucat, anemia, penurunan berat badan, demam persisten, berkeringat malam hari, nyeri dada, dan batuk menetap, bunyi napas hilang dan ronkhi kasar, pekak pada saat perkusi. Batuk pada awalnya batuk non-produktif, berkembang menjadi mukopurulen dengan hemoptisis. Pemeriksaan dahak: sewaktu, pagi, sewaktu. TB Paru BTA (+) adalah Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak menunjukkan hasil BTA positif.

➤ *Diagnos Keperawatan*

a. Bersihan jalan nafas tidak efektif

Tanda dan gejala: batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih: wheezing dan/atau ronkhi.

b. Pola nafas tidak efektif

Tanda dan gejala: dispnea: penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi).

c. Defisit nutrisi

Tanda dan gejala: berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

d. Ketidakmampuan coping keluarga

Tanda dan gejala: merasa diabaikan: tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga, tidak toleran, mengabaikan anggota keluarga.

e. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

Tanda dan gejala: kurang menunjukkan perilaku adaptif terhadap lingkungan, kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat, tidak mampu menjalankan perilaku sehat.

f. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Tanda dan gejala: mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita, mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan, gejala penyakit TB semakin memberat, aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah tidak tepat.

g. Manajemen kesehatan tidak efektif

tanda dan gejala: mengungkapkan kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan TB paru gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko gagal menerapkan program perawatan/pengobatan TB paru dalam kehidupan sehari-hari, aktivitas hidup sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan.

➤ *Intervensi/Implementasi*

- 1) Fisioterapi dada
 - a. Batuk Efektif
 - b. Terapi Relaksasi Napas Dalam
- 2) Manajemen nutrisi
- 3) Manajemen stress
- 4) Manajemen pengobatan Pengobatan TB Paru terbagi atas 2 fase yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan 4 atau 7 bulan, Panduan obat yang digunakan adalah paduan obat utama dan obat tambahan. Jenis obat utama (Lini I) adalah INH, rifamisin, pirazinamid, streptomisin, etambutol, sedangkan obat tambahan lainnya adalah: kanamisin, amikasin, kuinolon.
- 5) Latihan dan Terapi Fisik
- 6) Pendidikan kesehatan

➤ *Evaluasi*

Evaluasi dapat dilihat berdasarkan proses kegiatannya atau disebut sebagai evaluasi formatif dan evaluasi berdasarkan hasil akhir berdasarkan ketercapaian tujuan atau disebut sebagai evaluasi sumatif, Evaluasi terhadap masalah keperawatan yang muncul pada masalah kesehatan TB Paru diantaranya adalah:

1. Status Keperawatan jalan nafas

2. Pengetahuan : manajemen penyakit kronis
3. Kepatuhan minum obat
4. Evaluasi status nutrisi : Intake
5. Perilaku kepatuhan : Anjuran Diet
6. Pelaksanaan Fungsi Keluarga
7. Peningkatan Koping Keluarga

b) Sistem Kardiovaskular

Masalah kesehatan sistem kardiovaskular yang sering muncul adalah Hipertensi. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan darah diastolic 90 mmHg atau lebih. (Harrison 1997). Tanda dan gejala: pusing, mudah marah, telinga berdengung, mimisan(jarangan), sukar tidur, sesak nafas, rasa berat di sengkuk, mudah lelah, dan mata berkunang-kunang. Komplikasi hipertensi: gangguan penglihatan, gangguan saraf, gagal jantung, gangguan fungsi ginjal, gangguan serebral (otak).

➤ *Pengkajian*

Gejala yang sering muncul: sakit kepala, pusing, lemas, sesak nafas kelelahan, kesadaran menurun, gelisah, muntah, kelemahan otot, dan nyeri dada/angina, nyeri tengkuk, sulit tidur. Pemeriksaan fisik, pada bunyi jantung: terdengar S2 pada dasar, S3 (CHF gini), S4 (pengerasan ventrikel kiri/hipertropi ventrikel kiri), terdapat mur stenosis valular. Tekanan darah lebih dari 140 /90 mmHg.

➤ *Diagnosa*

a. Nyeri Akut

Tanda dan gejala : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat lebih dari 140/90 mmHg.

b. Penurunan curah jantung

Tanda dan gejala : perubahan irama jantung (palpitasi), objektif : bradikardia /takikardia, gambaran EKG aritmia, perubahan preload (lelah), objektif: edema, distensi vena jugularis, CVP meningkat/menurun. perubahan afterload (dyspnea): objektif: tekanan darah meningkat/ menurun, nadi perifer teraba lemah, capillary refill time >3 detik. Perubahan kontraktilitas (ortopne, batuk), objektif: terdengar suara jantung S3 dan/atau S4.

c. Perilaku kesehatan Cenderung beresiko

Tanda dan gejala : menunjukkan penolakan terhadap perubahan status kesehatan: gagal melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan, Menunjukkan upaya peningkatan status kesehatan yang minimal

d. Ketidakmampuan coping keluarga

Tanda dan gejala: merasa diabaikan, tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga, tidak toleran, mengabaikan anggota keluarga

e. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

Tanda dan gejala: kurang menunjukkan perilaku adaptif terhadap lingkungan: kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat, tidak mampu menjalankan perilaku sehat.

f. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Tanda dan gejala: mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita: Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan: Gejala penyakit TB semakin memberat: Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah tidak tepat.

g. Manajemen kesehatan tidak efektif

Tanda dan gejala : mengungkapkan kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan TB: Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi factor risiko: gagal menerapkan program perawatan/pengobatan TB dalam kehidupan sehari hari, Aktivitas hidup sehari hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan.

➤ *Intervensi*

1) Manajemen nutrisi : diet Rendah Garam

2) Manajemen Nyeri.

3) Pendidikan kesehatan:

- Aktifitas fisik/Olahraga rutin minimal 30 menit setiap hari, minimal 5x seminggu
- Mengadopsi pola makan DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) yang kaya akan kalium dan kalsium: diet rendah natrium
- Hindari stress. Sempatkan waktu untuk istirahat atau berlibur sejenak.
- Stop merokok
- Mengurangi berat badan (obesitas)
- Cek tekanan darah secara berkala, minimal 1 bulan sekali
- Konsumsi obat penurun tekanan darah tinggi secara teratur

4) Manajemen stress

➤ *Evaluasi*

Mengkaji kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan. Evaluasi dapat dilihat berdasarkan proses kegiatannya atau disebut sebagai evaluasi formatif dan evaluasi berdasarkan hasil akhir berdasarkan ketercapaian tujuan atau disebut sebagai evaluasi sumatif.

c) Sistem Pencernaan

Masalah kesehatan yang sering muncul adalah Diare

Diare adalah peningkatan pengeluaran tinja dengan konsistensi lebih lunak lebih cair dari biasanya, dan terjadi paling sedikit 3 kali dalam 24jam.

➤ *Pengkajian*

Tanda dan Gejala

- a. Diare karena penyakit usus halus : diare dalam jumlah banyak, cair, dan sering terjadi malabsorpsi dan dehidrasi.
- b. Diare karena kelainan kolon: tinja berjumlah kecil tetapi sering, bercampur darah dan ada sensasi ingin BAB terus.
- c. Diare akut karena infeksi: mual, muntah, nyeri abdomen, demam, dan tinja yang sering, malabsorptif, serta berdarah tergantung bakteri patogen yang spesifik.

Pemeriksaan fisik :

- a. Pada pemeriksaan fisik : berat badan, suhu tubuh, frekuensi denyut jantung dan pernapasan serta tekanan darah.
- b. Tanda utama dehidrasi : kesadaran, rasa haus, dan turgor kulit abdomen penurunan berat badan.
- c. Tanda tambahan: ubun-ubun besar cekung , mata cekung, seakan mata, bibir, mukosa mulut dan lidah kering .
- d. Pernapasan cepat dan dalam: asidosis metabolik.
- e. Bising usus yang lemah atau tidak ada: hipokalemia.
- f. Pemeriksaan ekstremitas: perfusi dan capillary refill

➤ *Diagnosa*

a) Diare

Tanda dan gejala: nyeri/kram abdomen, defekasi lebih dari 3x per 4 jam, feses lembek/cair: frekuensi peristaltic meningkat, bising usus hiperaktif.

b) Hipovolemik

Tanda dan gejala: frekuensi nadi meningkat: nadi teraba lemah, tekanan darah menurun; tekanan nadi menyempit: turgor kulit menurun, membrane mukosa kering: volume urin menurun, hematocrit meningkat: pengisian vena menurun: suhu tubuh meningkat: berat badan menurun tiba tiba, merasa lemas: mengeluh haus.

c) Perilaku kesehatan cenderung berisiko

Tanda dan gejala: Menunjukkan penolakan terhadap perubahan status kesehatan, gagal melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan, Menunjukkan upaya peningkatan status kesehatan yang minimal.

D. Ketidakmampuan coping keluarga

Tanda dan gejala: Merasa diabaikan: Tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga: Tidak toleran: Mengabaikan anggota keluarga.

a) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

Tanda dan gejala : kurang menunjukkan perilaku adaptif terhadap lingkungan, Kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat: Tidak mampu menjalankan perilaku sehat.

b) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Tanda dan gejala : mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita: Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan: Gejala penyakit Diare semakin memberat: Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah tidak tepat

c) Manajemen kesehatan tidak efektif

Tanda dan gejala: mengungkapkan kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan Diare : Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko: gagal menerapkan program perawatan/pengobatan Diare dalam kehidupan sehari-hari: Aktivitas hidup sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan

➤ *Intervensi*

1. Rehidrasi
2. Pemberian ASI dan Makanan
3. Kotabaratif (pemberian Zinc)
4. Pendidikan kesehatan

➤ *Evaluasi*

Mengkaji kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga , membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan. Evaluasi dapat dilihat berdasarkan proses kegiatannya atau disebut sebagai evaluasi formatif dan evaluasi berdasarkan hasil akhir berdasarkan ketercapaian tujuan atau disebut sebagai evaluasi sumatif. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.258-268)

Buku Rujukan Utama :

Kariasa, I, Made, DKK. 2019. SINERSI Uji Kompetensi Ners Indonesia Edisi R, Jakarta : AIPNI

Referensi Utama :

Friedman, M. R., Bowden, V.R., Jones, E. (2003). Family Nursing, Research Theory and Practice. 5th Edition, Appleton & Large. USA.

Harmon H, Shirley May & Sherly Thalman B (1996), Family Health Care Nursing - Theory Pracice and Research. F.A. Davis Company Philadelphia

Riasmini, et.al (2017). Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan masyarakat.UI-Press.

6) *Keperawatan Gerontik*

Keperawatan gerontik adalah suatu pelayanan profesional yang berdasarkan ilmu & kiat keperawatan yang berbentuk bio-psiko-sosial-spiritual & cultural yang holistic ditujukan pada klien lanjut usia baik sehat maupun sakit pada tingkat individu, keluarga, kelompok & masyarakat.

a) Sistem Pernafasan

Pada Lansia terjadi perubahan fisiologis pada sistem pernapasan yang menyebabkan frekuensi pernapasannya menjadi meningkat. Menurunnya kapasitas vital paru, recoil paru dan kekuatan otot dinding dada yang menjadi penyebab meningkatnya frekuensi napas normal menjadi 16-24 kali permenit (Miller, 2012). Kasus gangguan pernapasan yang paling banyak ditemui pada lansia adalah Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) dengan penyebab utama rokok dan polutan lainnya.

➤ *Pengkajian*

Pada lansia perlu dilakukan observasi pada kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas (klavikula, cuping hidung, retraksi dinding dada) dan frekuensi napas (Miller, 2012). Pemeriksaan diagnostik rontgen paru dilakukan untuk mengetahui adanya infeksi atau seberapa luas permukaan paru yang terganggu.

➤ *Diagnosa*

Gangguan pola napas adalah diagnosis yang paling sering kita temui pada lansia dengan keluhan pernapasan baik pada kondisi fisiologis maupun patologis. Di keluarga masalah pernafasan dapat diberikan diagnosis gangguan perilaku kesehatan beresiko dan ketidak efektifan manajemen kesehatan (Herdman&kamitsuru, 2018). Diagnosis ini perlu dilengkapi dengan pengetahuan klien tentang masalah kesehatan yang dialaminya.

➤ *Intervensi/Implementasi*

Perawat dapat memberikan latihan pernapasan dengan pursed lip breathing untuk meningkatkan asupan oksigen dan kapasitas paru. Selain itu batuk efektif, suction, fisioterapi dada, manajemen jalan napas dan pemberian oksigen merupakan intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada lansia dengan masalah pernapasan (Bulechek, 2013)

➤ *Evaluasi*

Evaluasi yang diharapkan dari kondisi ini adalah frekuensi napas dalam batas normal dan tidak adanya suara napas abnormal (wheezing, crackles, ronchi).

b) Sistem Kardiovaskular

Perubahan Fisiologis Lansia dan Kasus Yang Sering Dijumpai : Kekakuan dan munculnya plak disepanjang pembuluh darah membuat resistensi pada aliran darah meningkat, hal ini mengakibatkan tekanan darah pada lansia cenderung meningkat (Memer, 2015). Perubahan normal yang terjadi pada otot dan katup jantung juga menyebabkan pompa darah keseturuh tubuh tidak optimal, hal ini membuat lansia beresiko mengalami gagal jantung. Hipertensi (HT) dan Chronic Heart Failure (CHF) adalah kondisi patologis yang sering pada lansia.

➤ *Pengkajian*

Pengukuran tekanan darah dan mengetahui tanda gejala HT dan CHF penting untuk mengetahui sedari dini adanya :masalah/kondisi patologis pada lansia. Di rumah sakit Cardio Thorax Ratio (CTR) perlu diketahui untuk mengetahui adanya pembesaran pada otot jantung. Hasil elektrokardiografi (EKG) juga diperlukan untuk mengetahui adanya gangguan pada konduksi listrik otot jantung.

➤ *Diagnosa*

Pada lansia diagnosis yang mungkin muncul pada sistem ini diantaranya adalah ketidakstabilan tekanan darah, sindrom lansia lemah dan intoleransi aktivitas (Herdman & Kamitsuru, 2018). Diagnosis diatas ditandai dengan adanya ketidakstabilan hemodinamik, mengalami lebih dari satu gangguan tubuh dan adanya ketidakcukupan energi yang dibutuhkan untuk melakukan aktivitas yang ditandai dengan kelelahan.

➤ *Intervensi dan Evaluasi*

Perawat perlu melakukan monitoring tanda-tanda vital, manajemen energi dan aktivitas, bantuan perawatan diri, relaksasi ataupun edukasi.

Lansia tidak dapat memiliki kondisi normal seperti pada dewasa, stabilnya tekanan darah tanpa adanya keluhan dan tanda gejala dapat menjadi evaluasi keberhasilan intervensi.

c) *Sistem Persyarafan & Perilaku*

Perubahan Fisiologis dan Kasus yang Banyak ditemukan Pada lansia, sel syaraf mengalami degenerasi sekitar 25%-40% dan otak atropi, neurotransmitter otak lansia juga menurun. Perubahan-perubahan ini membuat penghantaran impulse antar sel syaraf mengalami gangguan. Kemampuan mengingat dan belajar lansia akan mengalami penurunan, juga response lansia terhadap sesuatu juga akan cenderung melambat, akan tetapi demensia atau kepikunan bukanlah bagian normal dari penuaan. Secara kepribadian, lansia tidak mengalami perubahan. Perubahan emosi yang terjadi pada Jansia sering disebabkan karena adanya masalah psikososial seperti depresi.

Kasus yang biasa ditemukan akibat adanya gangguan fungsi persyarafan pada lansia adalah terjadinya demensia. Demensia merupakan nama untuk sindrom otak progresif yang mempengaruhi memori, proses berpikir, perilaku, dan emosi, Demensia menyebabkan seseorang akan sangat tergantung pada orang lain untuk pemenuhan kebutuhan aktivitas harian (Alzhcimer's Disease International, 2016). Selain itu, lansia banyak yang mengalami depresi yang merupakan respon umum dari adanya penyakit serius yang ia alami. Di samping itu, lansia juga berpotensi mengalami delirium. Delirium sering dialami sebagai akibat dari kondisi kesehatan secara umum, keracunan, akibat penggunaan obat atau kombinasi dari semuanya (Meiner, 2015).

➤ *Pengkajian*

pengkajian sistem neurologi meliputi penilaian tingkat kesadaran, pengkajian status mental misalnya dengan menggunakan Mini-Mental Status Examination (MMSE): the Mini Cog, pengkajian pupil, pengkajian perilaku, pengkajian diagnostik: CT Scan, MRI, dan Electroencephalography (EEG), pengkajian laboratorium: CSF, pemeriksaan darah lengkap, urinalisis, hati, ginjal, APOE. Pemeriksaan diagnostik ditujukan untuk menegakkan kemungkinan adanya infark atau tumor. Pemeriksaan darah (misalnya: ureum) bisa menegakkan penyebab delirium pada lansia.

➤ *Diagnosa*

diagnosis yang dapat diangkat terkait perubahan sistem persyarafan adalah konfusi, risiko jatuh, risiko cedera, gangguan pola tidur, hambatan memori, konfusi akut, dan konfusi kronik.

➤ *Intervensi/Implementasi*

Secara umum, perawat perlu memperhatikan pemenuhan kebutuhan fisik dan rasa aman. Penting pula berkomunikasi kepada lansia dengan sederhana dan jelas, mengorientasikan kepada realita dan memotivasi lansia untuk tetap melakukan interaksi dengan lingkungan.

➤ *Evaluasi*

Evaluasi mencakup terpenuhinya hidrasi dan nutrisi lansia, tidak mengalami cedera, tidak ada perilaku sulit (BPSD/ Behavioral Psychological Symptom of Dementia) yang muncul pada lansia dengan demensia seperti: agresif dan gelisah. Lansia terlibat aktif dalam kegiatan harian.

d) Sistem ginjal dan perkemihan

Perubahan fisiologis pada sistem ginjal dan saluran kemih yang sering terjadi seiring dengan proses penuaan adalah penurunan kapasitas kandung kemih. Dengan penurunan kapasitas tersebut dapat menyebabkan terjadinya nocturia, peningkatan urgensi dan frekuensi berkemih. Seiring dengan proses menua, mukosa uretra juga semakin menipis yang juga dapat mengakibatkan peningkatan urgensi dan frekuensi berkemih. Khususnya pada laki-laki, pembesaran prostat (BPH) merupakan sebuah kondisi yang sering ditemui. Semua perubahan tersebut diatas menyebabkan angka kejadian inkontinensia urin meningkat seiring dengan peningkatan usia.

➤ *Pengkajian*

mengidentifikasi pola BAK dan BAB kemampuan mengosongkan kandung kemih dengan tentang kekuatan otot-otot dasar panggul dan adanya distensi kandung kemih.

➤ *Diagnosa*

menegakkan diagnosis gangguan eliminasi urin dan inkontinensia urin.

➤ *Intervensi/Implementasi*

melakukan edukasi perubahan gaya hidup dengan melakukan pola BAK rutin, pengaturan minum, perubahan lingkungan dan penggunaan diapers, melakukan terapi konservatif seperti pemasangan pampers dan latihan otot-otot dasar panggul.

➤ *Evaluasi*

peningkatan pola BAK setelah diberikan intervensi, peningkatan kemampuan mengenali keinginan berkemih, peningkatan kemampuan mengosongkan kandung kemih dengan tuntas, peningkatan kekuatan otot-otot dasar panggul dan hilangnya distensi kandung kemih.

e) Sistem Pencernaan

Perubahan fisiologis pada sistem pencernaan yang sering terjadi seiring dengan proses penuaan adalah penurunan sensor, kecap (terutama asin dan manis), penurunan motilitas esofagus (efek pada disfagia, heartburn, muntah makanan yang tidak tercerna (efek selanjutnya pada nutrisi kurang, dehidrasi) penurunan sekresi asam lambung, enzim dan motilitas, atropi usus halus, permukaan mukosa penipisan villi dan penurunan sel epitel (efek pada absorpsi lemak dan B12), penurunan sekresi mukosa dan elastisitas, penurunan tekanan spincter internal dan eksternal (efek pada inkontinensia), dan penurunan impulsus syaraf (efek pada penurunan rangsang defekasi dan konstipasi). Kasus sistem pencernaan yang banyak dijumpai adalah malnutrisi, inkontinensia bowel/inkontinensia fekal dan konstipasi.

➤ *Pengkajian*

mengidentifikasi adanya gangguan menelan dan pola BAB.

➤ *Diagnosa*

menegakkan diagnosis gangguan menelan, risiko aspirasi, ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh, inkontinensia bowel, konstipasi dan diare.

➤ *Intervensi/Implementasi*

melakukan edukasi perubahan gaya hidup dengan melakukan pola BAB rutin, perubahan lingkungan dan penggunaan diapers, melakukan pencegahan cedera aspirasi akibat gangguan menelan, melakukan edukasi perubahan gaya hidup (menganjurkan pola BAB yang rutin dan manajemen diet), perubahan lingkungan dan penggunaan diapers, melakukan edukasi perubahan gaya hidup dengan meningkatkan asupan serat, cairan dan aktivitas fisik, menjaga kebersihan mulut, melakukan manajemen nutrisi, yang aktivitasnya meliputi melakukan modifikasi lingkungan untuk mendukung nutrisi, memilih makan kesukaan, menghitung jumlah kebutuhan dan melibatkan keluarga dalam memberikan motivasi untuk makan.

➤ *Evaluasi*

peningkatan pola BAB, tidak terjadi aspirasi, status nutrisi meningkat dan perbaikan konsistensi feses setelah pemberian terapi diare.

f) Sistem Penginderaan

Sistem penginderaan terdiri dari 5 bagian. Namun, perubahan penginderaan yang akan sangat mempengaruhi lansia adalah perubahan yang terjadi pada fungsi penglihatan dan pendengaran. Kondisi yang terjadi fungsi penglihatan lansia adalah kemampuan akomodasi melambat, produksi air mata menurun, sel retina menurun serta cairan bola mata terganggu. Pada lansia akan sering ditemukan kondisi mata kering. Hal ini merupakan akibat dari menurunnya produksi air mata, dan perubahan pada kelopak mata lansia (Ectropion & entropion). Akibat sel retina yang menurun, kemampuan lansia untuk membedakan beberapa warna seperti hijau, biru dan ungu (Meiner, 2015). Selain itu, lansia juga mengalami kesulitan untuk beradaptasi terhadap cahaya. Misalnya untuk cepat beradaptasi dari kondisi terang ke gelap. Cairan bola mata lansia akan meningkat, hal ini terjadi akibat adanya sumbatan pada saluran anterior mata. Terkait dengan gangguan lensa mata, banyak lansia akan mengalami katarak.

Fungsi pendengaran lansia pun akan mengalami penurunan. Membran timpanik akan menebal dan serumen telinga cenderung menumpuk dan keras. Lansia akan mengalami masalah pendengaran:

tuli araf (presbiakusis) dari tuli konduktif (karena penumpukan serumen). Kesulitan mendengar ini akan membuat lansia mengalami kesulitan berkomunikasi dan akan terisolasi dengan lingkungan.

➤ *Pengkajian*

perawat perlu memperhatikan adanya kehilangan fungsi pendengaran, tinitus, nyeri pada telinga. Selain itu perhatikan adanya perubahan pada fungsi penglihatan berupa: arkus senilis, nyeri, kemerahan dan kekeringan pada mata.

➤ *Diagnosa*

diagnosis yang bisa diangkat terkait fungsi penginderaan adalah risiko jatuh, risiko cedera, hambatan komunikasi verbal, nyeri, isolasi sosial.

➤ *Intervensi/Implementasi*

Upaya yang bisa dilakukan perawat untuk mengatasi masalah pada fungsi penginderaan adalah menggunakan cara komunikasi yang benar. Jika tuli disebabkan karena adanya penumpukan kotoran di telinga, maka perlu dilakukan irigasi telinga supaya tuli konduktif teratasi. Jika terjadi kekeringan pada mata, maka perlu dikolaborasikan kepada dokter mata untuk diberikan obat tetes mata. Selain itu perlu melakukan manajemen lingkungan agar terhindar dari jatuh.

➤ *Evaluasi*

Keberhasilan tindakan terlihat dengan tidak adanya hambatan dalam berkomunikasi serta lansia tidak mengalami cedera.

g) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan Fisiologis Sistem Muskuloskeletal dan Kasus Yang Sering Terjadi Sistem muskuloskeletal terdiri atas otot tulang dan sendi, yang kesemuanya mengalami perubahan akibat proses menua. Semakin bertambahnya usia kepadatan tulang akan semakin berkurang, terutama pada tulang belakang, hal ini yang menjadi penyebab lansia mengalami penurunan tinggi badan (Miller, 2012). Kekuatan otot menjadi menurun karena adanya atrofi sel otot yang digantikan jaringan ikat. Penurunan produksi minyak Sinovial, menyebabkan gesekan antar sambungan tulang, terutama pada tulang yang menopang berat badan tubuh sering kali menimbulkan keluhan nyeri pada sendi.

Gangguan pada sistem muskuloskeletal berupa radang sendi atau arthritis merupakan keluhan yang sangat sering dialami lansia. Arthritis terdiri dari beberapa jenis diantaranya adalah asam urat (metabolic arthritis), Osteoarthritis OA Rheumatoid Arthritis (RA) Selain itu masalah kepadatan tulang yang mengalami penurunan secara drastis juga dapat menjadi kondisi patologis yang disebut dengan osteoporosis.

Gangguan pada sistem ini dapat menyebabkan pada gangguan gaya berjalan dan keseimbangan lansia dan berakhir pada tingginya risiko jatuh. Jatuh pada lansia sering tidak menyebabkan gangguan berarti, namun dapat menjadi kematian bagi lansia (Ebersole, 2005). Risiko jatuh berkaitan juga dengan kondisi pada sistem lain seperti gangguan penglihatan dan juga keamanan lingkungan serta penggunaan alat bantu jalan (Miller, 2012).

➤ *Pengkajian*

Perawat perlu mengobservasi gaya berjalan, mengukur kekuatan otot dan mengkaji keseimbangan serta Risiko jatuh pada lansia. Pengkajian risiko jatuh dan status keseimbangan dapat menggunakan Morse Fall Scale (MFS) dan Berg Balance Scale (BBS)

➤ *Diagnosa*

Pada domain mobilisasi diagnosis keperawatan yang sering muncul pada lansia adalah hambatan mobilitas fisik. hambatan mobilitas berkursi roda, hambatan di tempat tidur, hambatan berdiri, hambatan berjalan dan risiko jatuh (Herdman&Kamitsuru, 2018) Perawat perlu memahami setiap perbedaan diagnosis tersebut dengan mengetahui definisi dan batasan karakteristiknya.

➤ *Intervensi/Implementasi*

Perawat dapat memberikan latihan fisik seperti latihan keseimbangan, rentang pergerakan sendi, menggunakan alat bantu jalan, bantuan berpindah, program pencegahan jatuh dan edukasi (Bulechek, 2013). Program pencegahan jatuh dapat menurunkan biaya yang harus dikeluarkan akibat cedera yang dialami lansia karena jatuh (Morse, 2009).

➤ *Evaluasi*

Evaluasi yang diharapkan dari kondisi ini adalah menurunnya risiko jatuh dan meningkatkan keseimbangan pada lansia.

h) Sistem Integumen

perubahan Fisiologis dan Kasus yang Banyak ditemukan Sistem integumen terdiri dari bagian epidermis, dermis dan subkutan. Pada lansia, tiap bagian ini secara fisiologis akan mengalami perubahan. Perubahan yang terjadi di bagian kulit adalah berkurangnya serat kolagen, sehingga mengalami kehilangan elastisitas kulit dan kulit mudah sekali robek. Arteriola di bagian epidermis kulit mengalami atrofi yang akan menyebabkan aliran darah menurun sehingga lansia mudah mengalami hipotermia. Selain itu, hipotermi juga bisa disebabkan karena adanya penurunan lemak pada bagian subkutaneus lansia Perubahan pada pembuluh darah di lapisan kulit juga akan berdampak pada perlambatan penyembuhan luka di kulit lansia Sehingga, ketika mengalami tirah baring yang lama, lansia akan sangat rentan mengalami luka tekan. Kelenjar minyak lansia mengalami atrofi sehingga kulit lansia akan mudah mengalami kekeringan. Hal ini perlu mendapatkan perhatian karena kekeringan kulit akan menimbulkan rasa gatal. Kasus-kasus integumen yang banyak ditemukan pada lansia misalnya adalah: kekeringan kulit xerosis), pigmentasi, dermatitis dan mudah mengalami luka tekan.

➤ *Pengkajian*

Perawat perlu mengobservasi keutuhan lapisan kulit. Perhatikan juga adanya eritema (kuning, putih, silver adanya plak), timbulnya rasa gatal. Jika terjadi luka, segera lakukan pengkajian lebih lanjut seperti: lokasi, luas kedalaman, discharge. Penting juga mengkaji kebiasaan yang tidak higienis.

➤ *Diagnosa*

diagnosis yang bisa diangkat terkait sistem integumen adalah: kerusakan integritas kulit, dan gangguan citra tubuh.

➤ *Intervensi/Implementasi*

Perawat dapat menjaga kelembaban kulit dengan menggunakan agen topikal seperti pelembab atau minyak, menjaga kebersihan kulit dan memberikan edukasi tentang perawatan kulit.

➤ *Evaluasi*

Hasil yang diharapkan dari intervensi yang diberikan adalah lansia bebas dari infeksi, menunjukkan perbaikan pada peradangan kulit, peningkatan pengetahuan terkait penyebab masalah kulit dan perawatannya.

i) Istirahat dan Tidur

Perubahan fisiologis dan kasus yang banyak dijumpai Sebagian besar lansia mengalami insomnia yang ditandai dengan sulitnya untuk memulai tidur, sulit untuk mempertahankan tidur yang nyenyak, sering terbangun malam atau dini hari dan mengantuk di siang hari. Beberapa faktor eksternal juga mempengaruhi kualitas tidur lansia diantaranya tingkat kebisingan dan kenyamanan tempat tidur.

➤ *Pengkajian*

mengidentifikasi adanya kesulitan memulai tidur, adanya kesulitan mempertahankan tidur, adanya ketidakpuasan tidur, terjaga dari tidur tanpa sebab yang jelas, adanya kesulitan berfungsi secara optimal sehari-hari

➤ *Diagnosa*

menegakkan diagnosis gangguan pola tidur.

➤ *Intervensi/Implementasi*

melakukan intervensi perubahan gaya hidup seperti menurunkan konsumsi makanan/minuman yang mengandung kafein, meningkatkan kenyamanan tempat/kamar tidur, menghindari tidur Siang, hangat sebelum tidur,

➤ *Evaluasi*

adanya perbaikan pola tidur. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.297-310)

Buku Rujukan Utama :

Kariasa, I, Made, DKK. 2019. SINERSI Uji Kompetensi Ners Indonesia Edisi R, Jakarta : AIPNI

Referensi Utama :

Miller, C.A. (2012). Nursing for wellness in older adults: theory and practice (6th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin

DPP PPNI, 2016, Standar diagnosis keperawatan Indonesia, definisi dan indikator diagnostik, DPP PPNI.

Herdman H& Kamitsuru. (2014). Nursing diagnoses: definition & classification 2015-2017. United Kingdom: Blackwel Publishing.

Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M. (2013). Nursing intervention classification (NIC). 5th ed. United Kingdom: Elsevier Inc.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., et al. (2013). Nursing outcomes classification (NOC) (5"ed.). United Kiagdor Elsevier Inc.

Meiner, S. E. (2015). Gerontologic Nursing (5th Ed). Missouri: Elsevier Inc.

Eliopoulos, C. (2014). Gerontological Nursing, 8th. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

7) Keperawatan Komunitas :

➤ Pengkajian Keperawatan Kesehatan Komunitas

Fokus pengkajian komunitas meliputi Pengkajian komunitas didasarkan pada Model Community as Partner dengan focus pada roda pengkajian komunitas. Roda pengkajian komunitas terdiri, inti komunitas (the community core) dan sutsistem komunitas (the community sub systems).

a. Data inti

1. Demografi: statistik vital (misalnya angka kelahiran, angka kesakitan dan angka kematian), komposisi penduduk berdasarkan kelompok usia dan jenis kelamin.
2. Nilai: etnis budaya
3. Kepercayaan: persepsi terhadap kesehatan
4. Sejarah komunitas

b. Sub sistem

1. Lingkungan fisik: iklim/cuaca, perumahan (kepadatan, kelembaban, pencahayaan, bangunan, lingkungan terbuka), batas wilayah dan tempat berkumpul.
2. Pendidikan: fasilitas pendidikan yang digunakan masyarakat (jenis kepemilikan, tingkat institusi pendidikan), karakteristik pengguna, layanan yang disediakan, sumber-sumber yang dimiliki dan lokasi.

2. Defisiensi kesehatan komunitas

a. Definisi :

Adanya atau satu lebih masalah kesehatan atau factor yang 'mengganggu kesejahateraan atau meningkatkan resiko masalah kesehatan yang dialami oleh suatu populasi.

b. Batasan karakteristik

- Masalah yang dialami oleh suatu populasi
- Tidak tersedianya program untuk menghilangkan satu atau lebih masalah kesehatan bagi suatu populasi
- Tidak tersedia program untuk meningkatkan kesejahateraan bagi suatu populasi

- Tidak tersedia program untuk mencegah satu atau lebih masalah kesehatan bagi suatu populasi
- Tidak tersedia program untuk mengurangi satu atau lebih masalah kesehatan bagi Suatu populasi.
- Risiko hospitalisasi Yang dialami oleh populasi
- Risiko status Yang dialami oleh popuslasi
- Risiko status psikologis Yang dialami oleh populasi

c. Faktor Yang Berhubungan

- Ketidakpuasan konsumen terhadap program
- Ketidakpuasan biaya program
- Ketidakpuasan rencana evaluasi program
- Ketidacukupan data hasil program
- Kurang dukungan sosial Untuk program
- Ketidacukupan akses pada Pemberi pelayanan kesehatan
- Ketidacukupan ahli di komunitas
- Ketidacukupan sumberdaya (fasnasia, sosial, pengetahuan)
- Program tidak seluruhnya mengatasi masalah kesehatan

3. Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan

a. Definisi

Ketidak mampuan mengidentifikasi, mengelola, dan /atau mencari bantuan untuk mempertahankan kesejahteraan.

b. Batasan karekteristik

- tidak menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan
- Tidak menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat
- Ketidakmampuan bertanggungjawab untuk memenuhi praktik kesehatan dasar
- Kurang pengetahuan tentang praktik kesehatan dasar Kurang dukungan sosial
- Pola perilaku kurang mencari bantuan kesehatan

c. Faktor yang berhubungan

- Berduka tidak tuntas
- Hambatan pengambilan keputusan
- Ketrampilan komunikasi tidak efektif
- Strategi koping tidak efektif
- Sumberdaya tidak cukup
- Distress spiritual

d. Populasi berisiko

- Perkembangan terlambat

e. Kondisi terkait

- Gangguan fungsi kognitif

- Penurunan ketrampil motorik halus
- Penurunan ketrampilan motorik kasar
- Gangguan persepsi

4. Ketidakefektifan Manajemen kesehatan

a. Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian kedalam kebiasaan terapeutik. hidup sehari-hari untuk tindakan terapeutik terhadap penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan spesifik.

b. Batasan karakteristik

- Kesulitan dengan regimen yang diprogramkan
- Kegagalan memasukkan regimen pengobatan dalam kehidupan sehari-hari
- Kegagalan melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko .
- Pilihan yang tidak efektif dalam hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan

c. Faktor yang berhubungan

- Konflik pengambilan keputusan .
- Kesulitan mengatasi kompleksitas, regimen terapeutik
- Kesulitan mengarahkan sistem pelayanan kesehatan yang kompleks
- Tuntutan berlebihan
- Konflik keluarga
- Pola pelayanan kesehatan keluarga
- Kurang petunjuk untuk bertindak
- Kurang pengetahuan tentang program terapeutik
- Kurang dukungan sosial
- Persepsi hambatan
- Persepsi keuntungan
- Persepsi keseriusan kondisi
- Persepsi kerentanan
- Ketidakberdayaan

d. Populasi berisiko

- Kesulitan ekonomi

5. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan

a. Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam kehidupan sehari-hari suatu regimen terapeutik untuk pengobatan . penyakit dan sekuelanya yang dapat ditingkatkan.

b. Batasan karakteristik

- Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan hidup pilihan hidup sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan
- Mengungkapkan keinginan untuk memenuhi status imunisasi/vaksinasi
- Mengungkapkan keinginan untuk menangani penyakit
- Mengungkapkan keinginan untuk melakukan penanganan terhadap regimen yang diprogramkan
- Mengungkapkan keinginan untuk melakukan penanganan terhadap faktor risiko .
- Mengungkapkan keinginan untuk melakukan penanganan terhadap gejala

C. Intervensi Keperawatan Kesehatan Komunitas

1. Perencanaan merupakan proses menyusun intervensi penyelesaian masalah kesehatan yang dialami kelompok/komunitas. Tahapan menyusun intervensi keperawatan komunitas antara lain:
 - a) menentukan tujuan perawatan yang diharapkan dan disertai dengan kriteria hasil yang terukur:
 - b) menentukan intervensi keperawatan komunitas. Intervensi keperawatan menurut Model Community as Partner (Anderson & McFarlane, 2011) dapat disusun dengan pendekatan prevensi primer, sekunder dan tersier.
 - a. Prevensi primer ditujukan pada kelompok/komunitas yang sehat. Bentuk intervensi prevensi primer dapat berupa tindakan promosi, pencegahan dan proteksi kesehatan. Contohnya antara lain pendidikan kesehatan, imunisasi, vaksinasi, monitoring kebijakan kesehatan, perilaku hidup bersih dan sehat.
 - b. Prevensi sekunder ditujukan pada kelompok/komunitas yang mengalami masalah kesehatan masyarakat. Bentuk intervensi prevensi sekunder yang dapat dilakukan berupa deteksi dini masalah kesehatan dan pemberian terapi keperawatan komunitas yang sesuai. Contohnya seperti skrining/surveilans kesehatan, konsultasi, konseling, manajemen kasus dan lingkungan, serta kunjungan rumah.
 - c. Prevensi tersier ditujukan pada kelompok/komunitas yang berada pada masa pemulihan setelah mengalami masalah kesehatan masyarakat. Bentuk intervensi prevensi tersier adalah tindakan rehabilitasi kesehatan masyarakat misalnya layanan kesehatan rujukan dan follow up, peningkatan system dukungan dan pengembangan program kesehatan masyarakat.
2. Upaya pelayanan kesehatan
 - 1) Promotif

Pelayanan keperawatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan Komunitas pada umumnya, seperti:

 - Penyediaan makanan dengan kandungan nutrisi seimbang
 - Perbaikan higien dan sanitasi lingkungan
 - Pendidikan kesehatan
 - Olah raga
 - Usaha kesehatan jiwa
 - 2) Preventif

Tindakan keperawatan untuk mencegah kejadian penyakit pada komunitas, seperti: vaksinasi, imunisasi, isolasi penderita penyakit menular, dan pencegahan kejadian kecelakaan baik di fasilitas umum maupun di tempat kerja.
 - 3) Kuratif

Upaya mengidentifikasi dan mengetahui jenis penyakit pada fase awal serta melakukan tindakan perawatan dan atau pengobatan yang tepat dan segera.

Tujuan utama upaya kuratif antara lain:

- Pengobatan sedini mungkin dan tepat untuk mencegah kecacatan / kematian.
- Pencegahan penularan pada inividu / komunitas yang sehat.

4) Rehabilitatif

Tindakan pemulihan agar fungsi kesehatan klien kembali pulih seperti sebelum sakit. Apabila terjadi kecacatan, maka dilakukan upaya kesehatan agar tidak gejala sisa dan dapat berfungsi optimal sesuai kemampuannya. Rehabilitasi dapat dilakukan untuk mengembalikan fungsi fisiologis, mental dan sosial klien semaksimal mungkin.

D. Implementasi Keperawatan Kesehatan Komunitas

1. Strategi pelaksanaan keperawatan komunitas yang dapat digunakan dalam perawatan kesehatan masyarakat adalah :

a. Pendidikan kesehatan (Health Promotion) Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran . yang ada hubungannya dengan kesehatan (Elisabeth, 2007). Penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan (Mubarak, 2005).

b. Proses kelompok (Group Process) Bidang tugas perawat komunitas tidak bisa terlepas dari kelompok masyarakat sebagai klien termasuk sub-sub sistem yang terdapat di dalamnya, yaitu: individu, keluarga, dan kelompok khusus, perawat spesialis komunitas dalam . melakukan upaya peningkatan, perlindungan dan pemulihan status kesehatan masyarakat dapat menggunakan alternatif model pengorganisasian masyarakat, yaitu: perencanaan sosial, aksi sosial atau pengembangan masyarakat. Berkaitan: dengan pengembangan kesehatan masyarakat yang relevan, maka penulis mencoba menggunakan pendekatan pengorganisasian masyarakat dengan model pengembangan masyarakat (community developmeni) (Elisabeth, 2007).

c. Kerjasama atau kemitraan (Partnership)

Kemitraan adalah hubungan atau kerja sama antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesctaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan atau memberikan manfaat. Partisipasi klien/masyarakat dikonseptualisasikan sebagai peningkatan inisiatif diri terhadap segala kegiatan yang memiliki kontribusi pada peningkatan kesehatan dan kesejahteraan (Elisabeth, 2007).

Kemitraan antara perawat komunitas dan pihak-pihak terkait dengan masyarakat digambarkan dalam bentuk garis hubung antara komponen-komponen yang ada. Hal ini memberikan pengertian pengertian upaya kolaborasi dalam mengkombinasikan keahlian masing-masing yang dibutuhkan untuk mengembangkan strategi peningkatan kesehatan masyarakat (Elisabeth, 2007).

d. Pemberdayaan (Empowerment)

Konsep pemberdayaan dapat dimaknai secara sederhana sebagai proses pemberian kekuatan atau dorongan sehingga membentuk interaksi transformatif kepada masyarakat, antara lain: adanya dukungan, pemberdayaan, kekuatan ide baru, dan kekuatan mandiri untuk membentuk pengetahuan baru (Elisabeth, 2007). Perawat komunitas perlu memberikan dorongan atau pemberdayaan kepada masyarakat agar muncul partisipasi aktif masyarakat.

e. Intervensi Profesional

Salah satu bentuk intervensi langsung perawat kepada klien di keluarga ataupun pada kelompok dengan menggunakan kemampuan profesional dalam bentuk intervensi keperawatan mandiri.

2. Pelayanan keperawatan kesehatan komunitas diberikan kepada klien dengan berpedoman pada kode etik keperawatan. Kode etik mencerminkan penerapan beberapa prinsip etik yang harus dipatuhi oleh perawat ketika melakukan praktik antara lain: justice, autonomy, beneficence, non-maleficence, veracity, confidentiality.

E. Evaluasi Keperawatan Kesehatan Komunitas

Evaluasi adalah proses membuat penilaian secara sistematis mengenai suatu kebijakan, program dan kegiatan berdasarkan informasi dan hasil analisis dibandingkan terhadap relevansi, keefektifan biaya dan keberhasilannya untuk keperluan pemangku kepentingan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan komunitas dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan kelompok/komunitas berdasarkan respon kelompok/komunitas terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan:

- a. Mengakhiri rencana tindakan : klien telah mencapai tujuan yang ditetapkan
- b. Memodifikasi rencana tindakan : klien mengalami kesulitan dalam mencapai tujuan
- c. Meneruskan rencana tindakan : klien memerlukan waktu yang lama untuk mencapai tujuan

Jenis Evaluasi menurut waktu pelaksanaan

- a. Formatif (Proses) dilaksanakan pada waktu pelaksanaan program yang bertujuan memperbaiki pelaksanaan program dan kemungkinan adanya temuan utama berupa berbagai masalah dalam pelaksanaan program.
- b. Sumatif (Hasil) merupakan evaluasi yang dilaksanakan pada saat pelaksanaan program sudah selesai. Evaluasi ini bertujuan untuk menilai hasil pelaksanaan program dan capaian dari pelaksanaan program. .

Prinsip-prinsip evaluasi meliputi :

- 1) penguatan program :
- 2) menggunakan berbagai pendekatan:
- 3) desain evaluasi untuk kriteria penting di komunitas:
- 4) menciptakan proses partisipasi :
- 5) diharapkan lebih fleksibel :
- 6) membangun kapasitas

(Kariasa, I.M., et al., 2019. p.333-348)

Buku Rujukan Utama :

Kariasa, I, Made, DKK. 2019. SINERSI Uji Kompetensi Ners Indonesia Edisi R, Jakarta : AIPNI

Referensi Utama :

Anderson, E., & McFarlane, J.(2015). Community as partner : theory and practice in nursing. (6th ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

Nies, M.A., & McEwen, M (2018). Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Elsevier.

8) Keperawatan Manajemen :

A. Gambaran Fungsi Manajemen Keperawatan

Fungsi manajemen keperawatan merupakan tahapan/ langkah dalam proses pengelolaan sistem asuhan dan pelayanan keperawatan. Tahapan ini dilaksanakan seorang Ners saat memberikan asuhan keperawatan agar tujuan asuhan dan pelayanan keperawatan tercapai. Apabila ada satu fungsi manajemen tidak dilaksanakan maka visi, misi, dan tujuan asuhan dan pelayanan keperawatan tidak mudah untuk diwujudkan.

Gambaran singkat Fungsi Manajemen dalam Keperawatan:

1) Perencanaan

Perencanaan merupakan proses/ kegiatan yang diawali dengan menetapkan tujuan, menentukan rencana kegiatan, menentukan kebutuhan personal, merancang proses dan hasilnya, serta memodifikasi rencana yang diperlukan. Fokus kegiatan fungsi perencanaan seorang Ners adalah pada perencanaan yang mendukung asuhan keperawatan pada pasien, misalnya merencanakan kebutuhan asuhan yang disiapkan Ners untuk mendukung pelaksanaan asuhan keperawatan. Fungsi ini dilakukan sebelum seorang Ners melaksanakan fungsi manajemen keperawatan lainnya.

2) Pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan proses/ kegiatan pengelompokan aktivitas untuk mencapai tujuan pengelolaan pasien, penentuan uraian tugas, dan cara pengkoordinasian, baik secara vertikal maupun horizontal. Kegiatan fungsi pengorganisasian perlu memenuhi prinsip-prinsip pengorganisasian, yaitu rantai komando, kesatuan komando, berkoordinasi dan berkomunikasi, mengembangkan pola hubungan antar staf secara horizontal maupun vertikal, serta memperjelas wewenang, tanggung jawab, dan tanggung gugat. Penerapan fungsi pengorganisasian berfokus pada pemberian dukungan dalam penerapan metode pemberian asuhan keperawatan yang tepat, efektif, dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

3) Pengelolaan staf/ ketenagaan merupakan kegiatan penyusunan dan pengembangan ketenagaan untuk meningkatkan kinerja secara efektif dan efisien. Penerapan fungsi pengelolaan staf difokuskan pada mempersiapkan ketenagaan yang kompeten dan terstandar. Kegiatan ketenagaan seorang Ners adalah menentukan tingkat ketergantungan pasien dan menyesuaikan jumlah perawat yang dibutuhkan sesuai tingkat ketergantungan pasien tersebut.

4) Pengarahan merupakan kegiatan mengarahkan atau membelajarkan pasien. Penerapan fungsi pengarahan berfokus pada penerapan kepemimpinan yang efektif dalam membentuk perilaku pasien dan keluarga sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan.

5) Pengendalian merupakan suatu kegiatan untuk memastikan pencapaian kinerja seorang Ners sesuai dengan rencana, pedoman, regulasi dan kebijakan yang berlaku. Penerapan fungsi pengendalian berfokus pada penerapan indikator mutu layanan keperawatan secara efektif untuk menjamin mutu asuhan.

B. Gaya kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan suatu proses pengaruh kegiatan kegiatan dari kelompok pasien yang saling berhubungan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan.

➤ Implikasi Kepemimpinan

kepemimpinan menyangkut pasien dan keluarga, suatu pembagian wewenang yang seimbang diantara perawat untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan dapat memberikan pengarahan kepada pasien.

➤ Jenis Gaya Kepemimpinan

1. Otokratik

Dalam hal pengambilan keputusan, Ners tipe otokratik akan bertindak sendiri dan memberitahukan kepada para , staf perawat lain maupun pasien bahwa ia telah mengambil keputusan tertentu.

Dalam membina hubungan dengan staf perawat maupun pasien, Ners tipe otokratik menggunakan pendekatan formal berdasarkan kedudukan dan statusnya dalam organisasi.

Kurang mempertimbangkan apakah kepemimpinannya diterima atau tidak.

2. Laissez faire

Bergaya santai dalam memimpin asuhan keperawatan

Mendelegasikan tugas kepada staf perawat maupun pasien dengan pengarahan yang minimal atau bahkan tanpa pengarahan sama sekali

Sering dianggap sebagai pemimpin yang kurang bertanggung jawab terhadap kegiatan yang dipimpinnya

Mementingkan hubungan atau relasi

Hubungan yang terjadi lebih kepada hubungan informal, hubungan formal sering dihindari

Memandang staf perawat dan pasien mempunyai tingkat kematangan dan kedewasaan tinggi baik teknis maupun mental.

Lebih mementingkan kepuasan psikologis staf perawat dan pasien daripada kepuasan kebendaan

Berorientasi pada hubungan daripada tugas karena dengan adanya hubungan intim maka tugas akan diselesaikannya sesuai tanggung jawabnya

3. Demokratik:

- Mengikutsertakan staf perawat dan pasien dalam pengambilan keputusan
- Menekankan adanya hubungan yang serasi, yaitu keseimbangan hubungan formal dan informal
- Memperlakukan staf perawat sebagai orang yang sudah dewasa
- Memuaskan segenap kebutuhan staf perawat dan pasien
- Menjaga keseimbangan antara orientasi tugas hubungan

C. Metode asuhan keperawatan

Adalah suatu metode yang digunakan oleh manager keperawatan untuk memutuskan metode penugasan perawat di dalam masing-masing unit keperawatan.

1. Model Sistem Penugasan

Dasar pertimbangan pemilihan model asuhan keperawatan sebagai sistem penugasan sesuai dengan visi dan misi institusi, yaitu: The choice of an organization model involves staff skills, availability of resources, patient acuity, and the nature of the work to be performed (Marguis&Huston, 2015).

2. Jenis model sistem penugasan

1) Keperawatan Tim

Kelompok perawat yang bekerja sebagai suatu tim dengan dipimpin oleh ketua tim yang dipilih berdasarkan pengalaman kerja, kepemimpinan dan senioritas.

2) Model Primer

Perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek asuhan keperawatan selama 24 jam, dari hasil pengkajian kondisi pasien dan mengkoordinir asuhan keperawatan hingga evaluasi kondisi pasien dan pengendalian mutu asuhan keperawatan, menunjukkan kemandirian perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

3) Model Tim Primer (modular)

Pada model manajemen asuhan keperawatan professional tersebut, metode tim digunakan secara kombinasi dengan metode primer.

D. Tingkat ketergantungan pasien

Kondisi atau keadaan pasien yang menggambarkan seberapa banyak waktu yang diperlukan seorang perawat memberikan keperawatan pada pasien dalam waktu 24 jam.

a. jenis atau tingkat ketergantungan pasien

Menurut Douglass tahun 1992, kebutuhan tenaga perawat diklasifikasikan berdasarkan derajat ketergantungan pasien yang dibagi menjadi 3 kategori, yaitu:

1) Perawatan minimal memerlukan waktu 1 - 2 jam/24 jam,

Kriteria :

Kebersihan diri, mandi ganti pakaian dilakukan sendiri, Makan dan minum dilakukan sendiri, ambulasi dengan pengawasan, observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap jaga (shift), pengobatan minimal dengan status psikologis stabil.

2) Perawatan parsial memerlukan waktu 3 - 4 jam/24 jam,

Kriteria :

Kebersihan diri dibantu, makan dan minum dibantu, observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali, pasien dengan kateter urine, pemasukan dan pengeluaran intake output cairan dicatat / dihitung, persiapan pengobatan yang memerlukan prosedur.

3) Perawatan total memerlukan waktu 5 - 6 jam/ 24 jam

Kriteria :

Semua keperluan pasien dibantu, perubahan posisi, observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap 13 menit, makan melalui siang (NGT / pipa lambung), terapi intravena, dilakukan penghisapan lendir, gelisah, disorientasi.

E .Patient Safety

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Sasaran Keselamatan Pasien.

- 1) Sasaran I: Ketepatan identifikasi pasien Identifikasi pasien harus mengikuti pasien kemanapun (gelang Identitas) dan yang tak mudah/bisa berubah. Identifikasi pasien menggunakan dua identitas dari minimal tiga identitas: nama pasien (e KTP), tanggal lahir atau nomor **rekam medik**.
- 2) Sasaran II: Peningkatan komunikasi yang efektif Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien
- 3) Sasaran III: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert) High Alert Medication adalah obat-obatan yang memiliki risiko tinggi untuk menyebabkan / menimbulkan adanya komplikasi / membahayakan pasien secara signifikan jika terdapat kesalahan penggunaan (dosis, interval dan pemilihannya).
- 4) Sasaran IV: kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien Operasi Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan **tepat-lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien**. Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di rumah sakit.
- 5) Sasaran V: Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum dari WHO.
- 6) Sasaran VI: Pengurangan risiko pasien jatuh
 - a) Mengidentifikasi pasien yang memiliki risiko tinggi jatuh dengan menggunakan “Asesmen Risiko Jatuh”.
 - b) Melakukan asesmen ulang pada semua pasien (setiap hari)
 - c) Melakukan asesmen yang berkesinambungan terhadap pasien yang berisiko jatuh dengan menggunakan “Asesmen Risiko Jatuh Harian”
 - d) Menetapkan standar pencegahan dan penanganan risiko jatuh secara komprehensif.

G. Manajemen Konflik

Konflik didefinisikan sebagai ketidaksesuaian internal atau eksternal yang diakibatkan dari perbedaan ide, nilai atau perasaan antara dua orang atau lebih (Marguis,2012). Menurut Huber (2014), konflik adalah perselisihan yang timbul bila keseimbangan antara perasaan, pikiran, hasrat, dan perilaku dua orang atau lebih terancam.

H. Etika Keperawatan

Ilmu yang membahas nilai dan norma moral yang menentukan perilaku manusia dalam kehidupan. Etika akan menuntun profesi untuk melakukan tindakan baik atau bertindak dengan tepat sesuai dengan norma yang baik yang berlaku.

- 1) Nonmaleficence adalah melakukan tindakan yang tidak merugikan, do no harm, kebalikan dari beneficence
- 2) Fidelity adalah kesetiaan dalam menjalin hubungan antara pasien dan tenaga kesehatan (misal perawat)
- 3) Confidentiality adalah menjaga seluruh kerahasiaan pasien dan keluarganya, kecuali diminta di pengadilan
- 4) Justice adalah memberikan pelayanan tanpa membedakan status sosial, agama, suku, ekonomi, pekerjaan, dan jabatan
- 5) Veracity adalah memberikan asuhan keperawatan secara tulus, kejujuran dalam informasi, kebenaran sesuai apa adanya (tidak direayasa)
- 6) Autonomi adalah memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk memberikan keputusan secara mandiri tanpa intervensi dari orang lain (misalnya petugas kesehatan). (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.371-404)

I. Jabatan Fungsional Perawat

Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi tentang Jabatan Fungsional Perawat ditetapkan pada Tanggal 29 Desember 2019 dan berlaku sejak Tanggal 31 Desember 2019, berdasarkan sumber BN.2019/NO.1763, jdih.menpan.go.id : 73 hlm, yang status saat ini telah mencabut : Permen PAN & RB No. 25 Tahun 2014 tentang Jabatan Fungsional Perawat dan Angka Kreditnya.

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2019 Tentang Jabatan Fungsional Perawat adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk melaksanakan kegiatan pelayanan keperawatan sesuai dengan peraturan perundangundangan. Pejabat Fungsional Perawat yang selanjutnya disebut Perawat adalah PNS yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan pelayanan keperawatan. Jabatan Fungsional Perawat termasuk dalam klasifikasi/rumpun kesehatan.

Jabatan Fungsional Perawat merupakan jabatan fungsional kategori keterampilan dan kategori keahlian. Jenjang Jabatan Fungsional Perawat kategori keterampilan dari jenjang terendah sampai dengan jenjang tertinggi terdiri atas:

- 1) Perawat Terampil;
- 2) Perawat Mahir; dan
- 3) Perawat Penyelia.

Jenjang Jabatan Fungsional Perawat kategori keahlian dari jenjang terendah sampai dengan jenjang tertinggi, yaitu:

- 1) Perawat Ahli Pertama;
- 2) Perawat Ahli Muda;
- 3) Perawat Ahli Madya; dan

4) Perawat Ahli Utama.

Buku Rujukan Utama :

Kariasa, I, Made, DKK. 2019. SINERSI Uji Kompetensi Ners Indonesia Edisi R, Jakarta : AIPNI

Referensi Utama :

Dep Kes RI, Modul SP2KP-PMK menuju WCH

WHO Patient Safety: Nine Life-Saving Patient Safety Solutions, JCI Accreditation Standards for Hospitals 4 rd Edition, 2010).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 / MENKES /PER/ VIII / 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

9) Keperawatan Gawat Darurat

a. Sistem Pernapasan

➤ *Ringkasan Materi*

Kasus kegawatan di sistem pernapasan yang banyak ditemukan adalah obstruksi jalan napas dengan penyebabnya akumulasi sekret/perdarahan, lidah jatuh ke belakang karena penurunan kesadaran, dan adanya benda asing pada jalan napas. Tensionpneumothoraks terjadi karena masuknya udara kedalam rongga pleura dan tidak dapat keluar lagi (air trap), terjadi peningkatan tekanan intra pleura sehingga paru paru menjadi kolaps, menyebabkan mediastinum terdorong ke sisi yang sehat (kontralaterai) yang ditandai dengan sesak napas hebat, trakheal deviasi dan pengembangan paru yang tidak simetris. Open pneumothoraks terjadi karena benda tajam atau adanya luka tembus pada paru dengan karakteristiknya adalah sesak napas hebat Apneu : penyebab, karakteristik dan tanda gejala, penilaian hasil keseimbangan asam basa (asidosis dan alkalosis).

➤ *Fokus Pengkajian*

Menentukan suara napas pasien wheezing, stridor, gurgling, dan suara snoring. Bunyi ronkhi, dyspnea, napas cepat dan pendek (atelectasis paru), adanya jejas di area dada, pergerakan dada (retraksi intercostal), sianosis perifer, VBS, pengkajian pada kasus henti napas. Menginterpretasikan hasil AGD terkait keseimbangan asam basa.

➤ *Fokus Diagnosis*

Mendiagnosis bersihan jalan napas (akumulasi sekret/darah, benda asing), kerusakan pertukaran gas (pada kasus atelectasis paru(kebocoran paru)/TB paru kronik), dan gangguan pola napas (masalah tidak langsung pada organ paru dan jalan napas, terjadi gangguan pada otot bantu napas/ekspansi dada, pasca bedah thorak). ,

➤ *Fokus Intervensi/implementasi*

- Mengimplementasikan airway management, cara mengatasi sesak napas: bebaskan jalan napas tanpa dan dengan alat bantu yaitu

- Membebaskan jalan napas tanpa alat : head tilt, chin lift, jaw thrust, abdominal thrust, chest thrust dan back blow
- Membebaskan jalan napas dengan alat : oropharyngeal airway, nasotracheal airway, laryngeal mask airway, intubasi endotracheal.
- Memberikan oksigen dengan berbagai alat : nasal kanul, simple mask, rebreathing mask, non rebreathing mask, jackson reese dan BVM
- Tindakan suction, melakukan tindakan untuk penyelamatan nyawa pasien (life saving) : needle tracheostomi dan needle thoracostomy dan CTT. Cervical spine fixation, posisi fiksasi benda tertancap dan pemasangan kassa dengan fiksasi 3 sisi. pengambilan AGD, dan pengaturan posisi pasien.

➤ *Fokus Evaluasi*

Fungsi pernapasan, kepatenan jalan napas, tanda tanda vital dan AGD

2) Sistem Kardiovaskuler

➤ *Ringkasan Materi*

Sindrom koroner akut (Acute Coronary Syndrome (ACS)) adalah suatu keadaan dimana terjadi pengurangan aliran darah ke jantung yang disebabkan oleh penumpukan plaque sehingga terjadi penyempitan dan/atau sumbatan pada arteri koroner ditandai nyeri dada yang menjalar ke lengan kiri yang terasa semakin berat seperti tertimpa benda berat disertai sesak napas, diaphoresis, mual dan muntah. Factor resiko ACS adalah hipertensi, hiperlipidemia, merokok dan diabetes mellitus. Gambaran EKG pada infark miokard adalah adanya elevasi segmen ST akut (STEMI), dan enzim jantung yang diperiksa adalah troponin I/T atau CK-MB. Gagal jantung (Heart failure) yang mencakup tanda gejala dimana gagal jantung merupakan kumpulan gejala klinis berupa sesak napas saat istirahat, kelelahan, edema tungkai, takikardia, takipneu, ronkhi paru, peningkatan tekanan vena jugularis, edema perifer, kardiomegali, suara jantung ketiga dan murmur jantung. Shock hipovolemik terutama tanda dan gejala perdarahan. Pemeriksaan diagnostik : interpretasi hasil EKG dan enzim jantung, tindakan dan tata laksana pemberian terapi oksigen, CPR dan pemberian DC Shock

➤ *Fokus Pengkajian*

Karakteristik nyeri dada, pemeriksaan fisik (IAPP), menginterpretasikan hasil EKG (normal dan abnormal seperti asistole, fibrilasi ventrikel dan ventrikel takikardi), kelainan irama jantung, mengidentifikasi enzim-enzim jantung pada serangan. Tanda tanda henti napas dan henti jantung. Monitor intake output, cardiac output dan balance cairan, serta interpretasi cardio thoracic ratio (CTR)

➤ *Fokus Diagnosis*

Nyeri, keseimbangan cairan elektrolit, kelebihan/kekurangan cairan (perdarahan), penurunan cardiac output, dan intoleransi aktifitas.

➤ *Fokus Intervensi/implementasi*

Manajemen nyeri dada, Penatalaksanaan: pemberian th/ oksigen, pemberian diuretik, monitoring/perekaman EKG, dan penatalaksanaan shock (pemilihan jenis cairan dan transfusi). Prosedur kegawatan < CPR, penanganan henti napas dan henti jantung, kolaborasi pemberian obat-obatan, dan rehabilitasi pasien dengan ACS.

➤ *Fokus evaluasi*

Nyeri dada, EKG, dan pemeriksaan fungsi jantung.

3) Pencernaan

➤ *Ringkasan Materi*

Trauma tumpul dan tajam pada abdomen : ruptur organ (hati, limfa) dan organ visceral lain (usus, omentum), keracunan disebabkan oleh makanan, obat-obatan atau cairan (baygon) yang ditandai oleh mual, muntah dan pusing. Internal bleeding adalah perdarahan yang terjadi pada rongga abdomen dan/atau disertai ruptur organ dalam seperti spleen dan gaster, ditandai oleh penurunan TD, perdarahan, akral dingin dan CRT > 2 detik.

➤ *Fokus Pengkajian*

Karakteristik nyeri abdomen, lingkaran perut, tanda-tanda shock, pemahaman 4 kwadran abdomen, perdarahan dan keracunan. muntah darah, melena, nyeri, TTV (TD turun, nadi meningkat), turgor kulit, tanda-tanda dehidrasi dan monitoring hemodinamik.

➤ *Fokus Diagnosis*

Nyeri, syok, keseimbangan cairan elektrolit, kelebihan/kekurangan Cairan, kerusakan dan integritas kulit.

➤ *Fokus Intervensi/implementasi*

Manajemen nyeri, pemberian terapi oksigen, penatalaksanaan shock, IV terapi, replacement cairan. pemasangan NGT, bilas lambung, posisi pasien, prosedur pemasangan kateter, dan kebutuhan nutrisi

➤ *Fokus Evaluasi*

Nyeri, evaluasi NGT, syok, perdarahan, adekuat nutrisi, tanda gangguan integritas kulit dan dehidrasi.

4) Sistem Saraf dan Perilaku

➤ *Ringkasan Materi*

Trauma/cedera kepala adalah kondisi dimana kepala mengalami benturan yang dapat menimbulkan gangguan fungsi otak (cedera kepala terbuka atau tertutup), dapat terjadi peningkatan TIK dan tanda lainnya seperti nyeri kepala, mual muntah berkelanjutan dan dapat menimbulkan pelebaran pupil. Penilaian GCS, saraf kranial (12 nervous). Karakteristik atau tanda khas trauma kepala (berat ringannya) seperti jejas, battle sign dan racoon eyes. Stroke (hemorrhagic (pecahnya pembuluh darah di otak dan non hemorrhagic (sumbaran pembuluh darah otak)) dengan tanda gejala seperti penurunan kesadaran, mual muntah, nyeri kepala, hemiparese, kelemahan dan gangguan bicara/menelan.

➤ *Fokus Pengkajian*

Penurunan kesadaran, kekuatan otot, paralisis, tanda-tanda peningkatan TIK (muntah proyektil), penilaian GCS, adanya jejas di kepala, battle sign, rinorhea, otorhea, racoon eyes, vital sign, hemodinamik dan perdarahan.

➤ *Fokus Diagnosis*

Perfusi jaringan cerebral, gangguan mobilitas fisik, dan resiko aspirasi.

➤ *Fokus Intervensi/implementasi*

Menentukan nilai GCS pada pasien gangguan neurologis, penilaian ROM, pemasangan ETT, intervensi pada pasien cedera kepala, Penatalaksanaan TIK: Posisi head up 15 – 30 derajat, therapy antihypertensi, dan monitoring TTV. Manajemen nyeri, pemberian terapi oksigen, replacement cairan, pemasangan NGT, posisi pasien, dan prosedur pemasangan kateter.

➤ *Fokus Evaluasi*

Nyeri, evaluasi NGT, perdarahan, tanda TTIK, skala kekuatan otot dan penilaian GCS

5) Sistem Endokrin

➤ *Ringkasan Materi*

Diabetes melitus tipe 1 dan tipe 2 dengan kondisi hipoglikemia yang ditandai oleh kadar glukosa darah kurang dari normal (bisa dibawah 70 mg/dL), bisa disertai penurunan kesadaran, berkeringat dingin dan gelisah. Diabetic ketoasidosis yang ditandai dengan hiperglikemia (kadar glukosa > 250 mg/dL, asidosis metabolik (pH < 7,35 ketosis (terbentuk karena pemakaian jaringan lemak untuk energy (lipolysis)), bila tidak tertolong akan menyebabkan diuresis osmotik dimana akan kehilangan cairan dan elektrolit seperti sodium, kalsium dan klorida, pernapasan kusmaul, dehidrasi, dan napas bau aseton. Tanda-tanda syok, penurunan kesadaran (nilai GCS) dan interpretasi hasil pemeriksaan gula darah sewaktu.

➤ *Fokus Pengkajian*

Pengkajian adanya tanda-tanda syok, tanda dehidrasi, penurunan kesadaran, ketoasidosis, gangguan hemodinamik (nadi meningkat, TD menurun), nilai GDS dan vital sign.

➤ *Fokus Diagnosis*

Perfusi jaringan cerebral, defisit volume cairan, kebutuhan nutrisi, gangguan mobilitas fisik, dan ketidakseimbangan kadar glukosa darah.

➤ *Fokus Intervensi/implementasi*

terapi insulin dan prinsip pemberiannya, pemberian glukosa, menentukan nilai GCS pada pasien gangguan neurologis, monitoring TTV, prosedur pemasangan NGT, pemasangan iv line, monitor intake output, replacement cairan, dan posisi pasien. Kolaborasi pemberian glukosa dan penatalaksanaan syok (pemilihan jenis cairan dan transfusi).

➤ *Fokus Evaluasi*

GCS, tanda-tanda syok dan kestabilan kadar glukosa

6) Sistem Muskuloskeletal

➤ *Ringkasan materi*

Fraktur tertutup dan terbuka terutama pada tulang panjang, perdarahan (luka tusuk/trauma tajam) tanda-tanda shock hipovolemik karena perdarahan (pucat, lemas, diaphoresis, nadi lemah, takikardi dan volume darah berkurang min 15%) dan tanda-tanda gangguan neurovascular (CRT > 2 detik, akral dingin, perabaan pulse pada distal, neurosensori dan pergerakan).

➤ *Fokus Pengkajian*

pengkajian tanda-tanda fraktur, deformitas, nyeri, status neurovascular, syndroma kompartemen, tanda-tanda syok, capillary refill time (CRT), penurunan kesadaran, gangguan hemodinamik, nilai GCS dan vital sign

➤ *Fokus Diagnosis*

Defisit volume cairan, syok, gangguan perfusi jaringan, nyeri, gangguan mobilitas fisik, dan risiko gangguan neurovascular

➤ *Fokus Intervensi/implementasi*

Pemasangan IV-line, pelvic wrapping, pemasangan bidai, dan penatalaksanaan perdarahan, balut tekan dan posisi, teknik mengurangi nyeri.

➤ *Fokus Evaluasi*

Tanda tanda kompartemen sindrom (5 P), tanda tanda nyeri, tanda tanda syok dan neurovaskuler.

7) Sistem Genito Urinaria

➤ *Ringkasan Materi*

Batu ginjal : urolithiasis, karakteristik urin (kemerahan bercampur | darah), trauma bladder (luka timpul dan tajam), chronic kidney disease (CKD) ditandai edema paru (sesak napas) dan edema extremitas. Acute kidney injury dimana, oliguria, peningkatan serum kreatinin, BUN dan terjadi penurunan urine output (0,5 ml/kg/hari untuk > 6 jam berturut turut. Penyebabnya bisa pra renal (perdarahan/hipovolemia, penurunan curah jantung (infark miokard), renal (glomerulonephritis) dan pascarenal (obstruksi ureter karena batu)

➤ *Fokus Pengkajian*

Pengkajian tanda-tanda nyeri, suara napas : ronchi, gangguan hemodinamik, vital sign, prinsip etik dan balance cairan, eliminasi, prosedur diagnostik : faal ginjal, edema paru dan edema extremitas.

➤ *Fokus Diagnosis*

Kelebihan volume cairan, pertukaran gas, nyeri, dan gangguan eliminasi urin

➤ *Fokus Intervensi/implementasi*

Prosedur dan pemasangan IV-line, prosedur dan pemasangan kateter, teknik mengurangi nyeri, monitor balance cairan, kolaborasi pemberian diuretik, dan hemodialisa.

➤ *Fokus Evaluasi*

tanda tanda nyeri, tanda tanda vital dan balance cairan.

8) Sistem Integumen

➤ *Ringkasan Materi*

Karakteristik luka bakar dengan kriteria luas luka bakar, area dan derajat luka bakar, dan rule of nine. Kasus steven johnson dimana terjadi gatal gatal, kelainan pada kulit (eritema, bula dan purpura) dan mukosa/selaput lendir yang kemungkinan disebabkan oleh reaksi obat (misal penisilin/tetrasiklin) atau infeksi (reaksi hipersensitivitas (Ig M dan Ig G).

➤ *Fokus Pengkajian*

Pengkajian tanda-tanda nyeri, gangguan hemodinamik, vital sign, balance cairan, syok hipovolemik, dan prosedur diagnostik. Pengkajian luas luka bakar, area, derajat, suara napas, dan kebutuhan cairan. keadaan kulit (kekeringan, tekstur)

➤ *Fokus Diagnosis*

Gangguan integritas kulit, gangguan : kekurangan volume cairan, nyeri, dan syok

➤ *Fokus Intervensi/implementasi*

Penatalaksanaan dengan Pemasangan iv line, penggantian cairan 8 jam pertama dan 16 jam kemudian, perhitungan kebutuhan cairan (Baxter), tata laksana nyeri dan pemasangan ETT

➤ *Fokus Evaluasi*

Tanda tanda nyeri, tanda tanda vital dan balance cairan.

9) Triage

➤ *Ringkasan Materi*

Pengkajian Primary survey, Secondary survey, triage bencana dengan konsep START, triage Rumah Sakit. Menentukan prioritas pasien. Menentukan labeling, warna, dan level,

➤ *Fokus Pengkajian*

Menentukan level Triage (warna dan label), penilaian GCS, dan hemodinamik.

➤ *Fokus Diagnosis*

Penentuan prioritas masalah pasien (labeling)

➤ *Fokus Intervensi/implementasi*

Melakukan tindakan dengan pendekatan kegawatan pada Airway, breathing, circulation, disability and exposure (primary survey)

➤ *Fokus Evaluasi*

Ketepatan prioritas masalah : Airway, breathing, circulation, disability and exposure. (Kariasa, I.M., et al., 2019. p.408-419)

Buku Rujukan Utama :

Kariasa, I, Made, DKK. 2019. SINERSI Uji Kompetensi Ners Indonesia Edisi R, Jakarta : AIPNI

Referensi Utama :

AHA. 2015. Cardiopulmonary resuscitation Guidelines.

Curtis, K., Ramsden, C., & Friendship, J., (Eds). (2007).Emergency and trauma nursing. Philadelphia: Mosby.

NANDA International. 2018. Nursing Diagnosis : Definitions and Classification. New York: Thieme Publisher.

idolappppk.com