



#Nursing

# **KEPERAWATAN DASAR**

*Pedoman Praktis*

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep  
Maryati Agustina Tatangindatu, S.Kep., Ns., M.Kes  
Dr. Ns. Ratanto, S.Kep., M.Kep  
Dani Prastiwi, S.Kep., Ns., M.Sc  
Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., Ns., M.Kes  
Ns. Fauziah H. Wada, M.Kep  
Alvin Abdillah, S.Kep., Ns., M.A.P., M.Kep  
Nisfil Mufidah, S.Kep., Ns., M.Kep  
Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes  
Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih, S.Kep., Ns., M.Kep  
Ns. Rafidaini Sazarni Ratiyun, S.Kep., M.Kep  
Ns. Aty Nurillawaty Rahayu, M.Kep., Sp.Kep.J  
Mufarika, S.Kep, Ns., M.Kep  
Yeanneke Liesbeth Tinungki, S.Kep., Ns., M.Kes  
Ns. Heni Ekawati, S.Kep., M.Kep

# KEPERAWATAN DASAR

## (Pedoman Praktis)

### Penulis :

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep  
Maryati Agustina Tatangindatu, S.Kep., Ns., M.Kes  
Dr. Ns. Ratanto, S.Kep., M.Kep  
Dani Prastiwi, S.Kep., Ns., M.Sc  
Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., Ns., M.Kes  
Ns. Fauziah H. Wada, M.Kep  
Alvin Abdillah, S.Kep., Ns., M.A.P., M.Kep  
Nisfil Mufidah, S.Kep., Ns., M.Kep  
Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes  
Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih, S.Kep., Ns., M.Kep  
Ns. Rafidaini Sazarni Ratiyun, S.Kep., M.Kep  
Ns. Aty Nurillawaty Rahayu, M.Kep., Sp.Kep.J  
Mufarika, S.Kep, Ns., M.Kep  
Yeanneke Liesbeth Tinungki, S.Kep., Ns., M.Kes  
Ns. Heni Ekawati, S.Kep., M.Kep

### Penerbit:

**SONPEDIA**  
Publishing Indonesia

# KEPERAWATAN DASAR

## (Pedoman Praktis)

### Penulis :

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep  
Maryati Agustina Tatangindatu, S.Kep., Ns., M.Kes  
Dr. Ns. Ratanto, S.Kep., M.Kep  
Dani Prastiwi, S.Kep., Ns., M.Sc  
Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., Ns., M.Kes  
Ns. Fauziah H. Wada, M.Kep  
Alvin Abdillah, S.Kep., Ns., M.A.P., M.Kep  
Nisfil Mufidah, S.Kep., Ns., M.Kep  
Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
lis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes  
Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih, S.Kep., Ns., M.Kep  
Ns. Rafidaini Sazarni Ratiyun, S.Kep., M.Kep  
Ns. Aty Nurillawaty Rahayu, M.Kep., Sp.Kep.J  
Mufarika, S.Kep, Ns., M.Kep  
Yeanneke Liesbeth Tinungki, S.Kep., Ns., M.Kes  
Ns. Heni Ekawati, S.Kep., M.Kep

**ISBN : 978-623-09-4114-6**

### Editor:

Putu Intan Daryaswanti

### Penyunting :

Efitra

### Desain sampul dan Tata Letak:

Yayan Agusdi

### Penerbit :

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

### Redaksi :

Jl. Kenali Jaya No 166 Kota Jambi 36129 Tel +6282177858344

Email: sonpediapublishing@gmail.com

Website: www.sonpedia.com

**Anggota IKAPI : 006/JBI/2023**

Cetakan Pertama, Juni 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara  
Apapun tanpa ijin dari penerbit

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat, karunia, dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini dengan baik dan lancar. Buku ini berjudul "**Keperawatan Dasar: Pedoman Praktis**" merupakan buku yang berisikan panduan komprehensif mengenai dasar-dasar keperawatan. Buku ini memberikan pengantar lengkap tentang konsep dasar keperawatan, termasuk aspek-etika dan hukum dalam praktik keperawatan. Pembaca akan mempelajari prinsip-prinsip etika yang relevan dalam keperawatan, serta mengatur profesi keperawatan.

Buku ini juga menyajikan asuhan keperawatan pada berbagai sistem tubuh, termasuk sistem kardiovaskular, respirasi, muskuloskeletal, dan endokrin. Pembaca akan mendapatkan pemahaman mendalam tentang penyakit dan kondisi yang mempengaruhi sistem-sistem tersebut, serta tindakan keperawatan yang diperlukan. Buku ini juga membahas asuhan keperawatan pada populasi khusus seperti anak dan bayi, usia lanjut, kehamilan, persalinan, kesehatan jiwa, kondisi kritis, perawatan kulit, dan perawatan nutrisi. Dengan penekanan pada pemahaman konsep dan asuhan keperawatan yang komprehensif, buku ini menjadi sumber informasi yang berharga bagi mahasiswa dan praktisi keperawatan. Tidak lupa kami ucapkan terimakasih bagi semua pihak yang telah membantu dalam penulisan dan penerbitan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat.

Denpasar, Juni 2023

**Tim Penulis**

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>iii</b>
<b>BAGIAN 1 PENGANTAR KEPERAWATAN DASAR.....</b>	<b>1</b>
A.    PENDAHULUAN.....	1
B.    KONSEP MANUSIA .....	3
C.    KARAKTERISTIK KEBUTUHAN DASAR MANUSIA .....	5
D.    TINGKATAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA.....	6
E.    PENDEKATAN MANUSIA DARI SEGI FISIK DAN PSIKOLOGIS .....	7
F.    FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBUTUHAN DASAR MANUSIA.....	9
<b>BAGIAN 2 ETIKA DAN HUKUM DALAM KEPERAWATAN .....</b>	<b>11</b>
A.    PENGERTIAN ETIKA.....	11
B.    FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMBUATAN KEPUTUSAN ETIS .....	19
C.    ISTILAH-ISTILAH ETIK DAN HUKUM KEPERAWATAN .....	19
D.    PENGARUH HUKUM TERHADAP PERKEMBANGAN PROFESI KEPERAWATAN.....	20
E.    HUBUNGAN HUKUM DENGAN PROFESI PERAWAT.....	20
F.    SUMBER UTAMA HUKUM DI KEPERAWATAN .....	21
G.    CARA MENGATASI DILEMA HUKUM DAN ETIS DI KEPERAWATAN.....	23
<b>BAGIAN 3 KONSEP DASAR KEPERAWATAN.....</b>	<b>25</b>
A.    KEPERAWATAN .....	25
B.    PERAWAT.....	25
C.    PRAKTIK KEPERAWATAN .....	26
D.    PROSES KEPERAWATAN.....	28

<b>BAGIAN 4 PERENCANAAN KEPERAWATAN.....</b>	<b>35</b>
A.    DEFINISI PERENCANAAN KEPERAWATAN.....	35
B.    TUJUAN PERENCANAAN KEPERAWATAN .....	36
C.    KLASIFIKASI PERENCANAAN KEPERAWATAN .....	36
D.    KOMPONEN PERENCANAAN KEPERAWATAN .....	37
E.    PROSES PERUMUSAN PERENCANAAN KEPERAWATAN.....	39
<b>BAGIAN 5 ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM KARDIOVASKULER .....</b>	<b>45</b>
A.    PENGERTIAN .....	45
B.    PATOLOGI .....	45
C.    ANATOMI JANTUNG .....	47
D.    MANIFESASI KLINIS.....	48
E.    PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK .....	49
F.    KOMPLIKASI .....	49
G.    PENCEGAHAN .....	49
H.    PENATALAKSANAAN .....	50
I.    ASUHAN KEPERAWATAN .....	50
J.    WOC.....	54
<b>BAGIAN 6 ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM RESPIRASI.....</b>	<b>55</b>
A.    REVIEW ANATOMI DAN FISILOGI SISTEM RESPIRASI .....	55
B.    ASUHAN KEPERAWATAN PADA SISTEM RESPIRASI .....	58
C.    TINDAKAN YANG DILAKUKAN PADA SISTEM RESPIRASI.....	62
<b>BAGIAN 7 ASUHAN KEPERAWATAN PADA SISTEM MUSKULOSKELETAL.....</b>	<b>67</b>
A.    ANATOMI TULANG.....	67
B.    FISILOGI TULANG.....	69
C.    SENDI DAN TULANG RAWAN.....	70
D.    ANATOMI DAN FISILOGI OTOT.....	70
E.    ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM MUSKULOSKELETAL .....	71

<b>BAGIAN 8 ASUHAN KEPERAWATAN PADA SISTEM PERSARAFAN .....</b>	<b>79</b>
A.    ANATOMI FISILOGI SISTEM PERSARAFAN.....	79
B.    PENYAKIT DENGAN GANGGUAN PERSARAFAN.....	82
C.    ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM PERSARAFAN.....	83
<b>BAGIAN 9 ASUHAN KEPERAWATAN PADA SISTEM ENDOKRIN .....</b>	<b>93</b>
A.    KONSEP DIABETES MELLITUS.....	93
B.    ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS....	96
<b>BAGIAN 10 KEPERAWATAN BAYI DAN ANAK.....</b>	<b>104</b>
A.    KONSEP KEPERAWATAN BAYI DAN ANAK .....	104
B.    FILOSOFI KEPERAWATAN PEDIATRIK.....	104
C.    PERAN PERAWAT PEDIATRIK.....	106
D.    PEMBERIAN ASUHAN YANG BERFOKUS SECARA BUDAYA.....	107
E.    PEMBERIAN ASUHAN PADA KONTINUM SEHAT-SAKIT .....	107
F.    PERSPEKTIF PELAYANAN KESEHATAN BAYI DAN BALITA.....	108
G.    TUMBUH KEMBANG ANAK.....	111
H.    FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TAHAP PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK .....	112
<b>BAGIAN 11 ASUHAN KEPERAWATAN PADA USIA LANJUT .....</b>	<b>114</b>
A.    ASUHAN KEPERAWATAN DASAR BAGI USIA LANJUT .....	114
B.    TUJUAN ASUHAN KEPERAWATAN USIA LANJUT .....	115
C.    ASUHAN KEPERAWATAN USIA LANJUT .....	115
<b>BAGIAN 12 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KEHAMILAN DAN PERSALINAN .....</b>	<b>126</b>
A.    KONSEP KEHAMILAN .....	126
B.    ASUHAN KEPERAWATAN PADA KEHAMILAN .....	129
C.    KONSEP PERSALINAN.....	130
D.    ASUHAN KEPERAWATAN PADA PERSALINAN.....	133
<b>BAGIAN 13 KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA.....</b>	<b>135</b>

A.	KESEHATAN DAN GANGGUAN JIWA.....	135
B.	KOMPONEN BIOPSIKOSOSIAL.....	137
C.	TAHAPAN TRITMEN DAN KEGIATAN .....	138
D.	PROSES KEPERAWATAN.....	139
E.	STANDAR PRAKTIK .....	140
F.	STANDAR KINERJA PROFESIONAL.....	140
G.	PERAN PERAWAT JIWA.....	140
H.	PELAYANAN KESEHATAN JIWA .....	142
<b>BAGIAN 14 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KONDISI KRITIS .....</b>		<b>144</b>
A.	DEFINISI KEPERAWATAN KRITIS .....	144
B.	PRINSIP KEPERAWATAN KRITIS .....	145
C.	TUJUAN KEPERAWATAN KRITIS.....	146
D.	RUANG LINGKUP KEPERAWATAN KRITIS.....	147
E.	PERAN PERAWAT KRITIS.....	149
F.	ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS .....	151
<b>BAGIAN 15 PERAWATAN KULIT .....</b>		<b>154</b>
A.	PENGERTIAN KULIT.....	154
B.	STRUKTUR ANATOMI KULIT.....	154
C.	FUNGSI KULIT.....	157
D.	PENGAJIAN KULIT, RAMBUT DAN KUKU.....	160
E.	PENATALAKSANAAN PASIEN GANGGUAN KULIT.....	162
F.	PERAWATAN INTEGRITAS KULIT.....	165
<b>BAGIAN 16 PERAWATAN NUTRISI.....</b>		<b>166</b>
A.	RUANG LINGKUP PERAWATAN NUTRISI.....	166
B.	PROSEDUR PADA PERAWATAN NUTRISI .....	167
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>178</b>
<b>TENTANG PENULIS .....</b>		<b>189</b>



# BAGIAN 1

## PENGANTAR KEPERAWATAN DASAR

### A. PENDAHULUAN

Keperawatan adalah suatu seni dan ilmu pengetahuan sehingga sebagai perawat profesional harus memberikan perawatan dengan penuh kasih sayang, rasa hormat terhadap harga diri orang lain dan kualitas praktik keperawatan dengan memperhatikan mutu dan menguntungkan klien dan keluarga serta masyarakat (Perry Potter, 2009).

Sejak lahir manusia hidup di tengah masyarakat kehidupan bersama melahirkan berbagai pengalaman berhubungan dengan orang lain manusia tidak dapat hidup sendiri melainkan membutuhkan orang lain di mana saling bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan hidupnya oleh karena itu Perilaku maupun tindakan manusia sangat diperlukan sangat dipengaruhi oleh kehidupannya dalam masyarakat dipandang dari sudut pandang biologi manusia merupakan susunan sistem organ yang dilengkapi dengan otak yang berkemampuan tinggi otak manusia berkembang berevolusi disebabkan manusia memiliki komunikasi atau bahasa yang dikembangkan melalui akal sehingga mampu membentuk gagasan dan konsep yang makin lama makin tajam kapasitas otak manusia yang unggul berupa akal tersebut menyebabkan manusia dapat mengembangkan sistem pengetahuan yang menjadi dasar dari kemampuannya untuk membuat peralatan hidup sistem teknologi yang berguna untuk kelangsungan hidup manusia sebagai makhluk individu dan sosial merupakan kodrat sebagai makhluk yang sempurna pada sesama manusia dan alam sekitarnya Manusia merupakan makhluk bioskop spiritual suatu keterpaduan dan memandang keseluruhan yang terorganisasi mendorong untuk memenuhi kebutuhan dasarnya

secara sempurna manusia merupakan susunan sistem organ yang dilengkapi dengan otak yang berkemampuan tinggi dan merupakan suatu macam makhluk diantara lebih dari sejuta macam makhluk lain yang pernah ada.

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar manusia adalah hal seperti makan makanan air keamanan dan cinta yang merupakan hal yang penting untuk bertahan hidup dan kesehatan. Manusia manusia sebagai bagian integral yang berintegrasi satu sama lainnya dengan motivasinya memenuhi kebutuhan dasar fisiologi keamanan kasih sayang harga diri dan ekualisasi diri setiap kebutuhan manusia merupakan suatu tegangan integral sebagai akibat dari perubahan setiap komponen sistem tekanan tersebut dimanifestasikan dalam perilakunya untuk memenuhi kebutuhan atau tujuan sampai terpenuhinya tingkat kepuasan klien.

Dasar kebutuhan manusia adalah terpenuhinya tingkat kepuasan agar manusia bisa mempertahankan hidup peran perawat yang utama adalah memenuhi kebutuhan dasar manusia dan tercapainya suatu kepuasan bagi diri sendiri serta klien meskipun dalam kenyataannya dapat memenuhi salah satu dari kebutuhan membawa dampak terhadap perubahan sistem dalam individu biologis intelektual emosional sosial spiritual ekonomi lingkungan patologi dan psiko patologi.

Hal ini menggambarkan suatu bagian di mana penerapan proses keperawatan selalu difokuskan pada Kebutuhan individu yang unik dan sebagai suatu bagian integral dari keluarga dan masyarakat. Keseimbangan antara kebutuhan tersebut menjadi tanggung jawab dari setiap orang misalnya tanggung jawab orang tua terhadap

anaknya demikian juga tanggung jawab perawat untuk Membantu memenuhi kebutuhan dasar klien peran tersebut dapat dilaksanakan secara optimal melalui pendekatan proses keperawatan (Wahyudi, AS & Wahid, A, 2016).

## **B. KONSEP MANUSIA**

Manusia adalah titik sentral dalam pelayanan keperawatan sehingga perawat perlu memahami konsep manusia sebagai individu yang holistic, konsep homeostatis, pandangan teoritis tentang manusia.

### **1. Konsep individualitas**

Klien sebagai individu adalah makhluk yang unik, berbeda dengan lainnya antara lain penampilan genetik, pengalaman hidup dan interaksi dengan lingkungan. Dimensi individualitas mencakup keprobadian/karakter dan identitas diri/pandangan yang dimiliki sebagai ciri yang terpisah dan dapat dibedakan dengan lainnya. Tiap karakter seseorang mencakup keseluruhan tingkah laku dan emosional seseorang, sikap, nilai, motifasi, kemampuan, kebiasaan, penampilan dan status emosional. Individu juga berhubungan dengan persepsi seseorang secara langsung mempengaruhi bagaimana seseorang akan berpikir, berperasaan dan bertindak. Adapun faktor yang memengaruhi persepsi individu antara lain kebutuhan, nilai/keyakinan, konsep diri.

### **2. Konsep holistik**

Individu secara keseluruhan yang utuh dan holistik, bukan sebagai gabungan dari bagian-bagian atau proses. Hal ini mengakibatkan apabila terjadi gangguan dari salah satu bagian maka akan mempengaruhi/mengganggu keseluruhan sistem dari individu. Perawat harus memperhatikan dan mempertimbangkan bagaimana bagian tersebut saling

berhubungan dan hubungan individu dengan lingkungan eksternal dan yang lainnya.

### 3. Konsep homeostasis

Homeostasis tidak berarti sesuatu yang stagnansi atau tidak bergerak, tetapi suatu kondisi yang bervariasi tetapi relatif tetap konstan dimana kecenderungan tubuh untuk mempertahankan suatu keadaan yang seimbang dan secara terus menerus berubah. Homeostasis pada manusia antara lain:

#### a. Homeostasis fisiologis

Lingkungan internal tubuh relatif stabil dan konstan untuk dapat berfungsi. Proses homeostasis fisiologis terjadi melalui 4 cara melalui pengaturan diri/*selfregulation*, kompensasi, umpan balik negatif/*negative feedback*, umpan balik positif/*positive feedback*.

#### b. Homeostasis psikologis

Keseimbangan emosi/psikologis/status mental yang sehat termasuk homeostasis psikologis. Setiap orang memiliki kebutuhan psikologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan homeostasis psikologis antara lain kebutuhan mencintai dan dicintai, keamanan dan keselamatan dan harga diri. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka mekanisme koping tertentu diaktivasi untuk melindungi seseorang dan menyediakan homeostasis psikologis.

Ancaman homeostasis psikologis dapat berupa frustrasi, konflik, tekanan, krisis. Berbagai persyaratan agar seseorang dapat mengembangkan homeostasis psikologis yaitu:

- 1) Adanya lingkungan fisik yang stabil dimana seseorang merasa aman dan nyaman: makanan cukup, tempat tinggal dan pakaian.
- 2) Lingkungan psikologis yang stabil sejak bayi, perasaan cinta dan kasih sayang dan rasa percaya dapat berkembang.

- 3) Lingkungan sosial, anak-anak belajar kebiasaan dan nilai sosial dari orang dewasa.
  - 4) Pengalaman hidup dari seseorang akan memberikan kemampuan dalam menghadapi frustrasi dan mengembangkan mekanisme koping.
4. Pandangan teoritis tentang manusia
- Para ahli telah mengembangkan sudut pandang manusia dari berbagai teori seperti teori sistem, teori adaptasi dan teori interaksi (Wahyudi, AS & Wahid, A, 2016).

### **C. KARAKTERISTIK KEBUTUHAN DASAR MANUSIA**

Setiap perawat harus memperhatikan kebutuhan dasar manusia. Adapun karakteristik kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

1. Manusia mempunyai kebutuhan dasar yang sama walaupun setiap orang memiliki perbedaan dalam bidang sosial budaya persepsi dan pengetahuan
2. Secara umum pemenuhan kebutuhan dasar setiap manusia sesuai dengan tingkat prioritasnya jadi kebutuhan dasar yang harus segera dipenuhi merupakan kebutuhan dasar dengan prioritas utama
3. Sebagian pemenuhan kebutuhan dasar dapat ditunda walaupun umumnya harus dipenuhi
4. Kebutuhan dasar yang gagal dipenuhi akan mengakibatkan kondisi yang tidak seimbang sehingga menyebabkan sakit
5. Munculnya keinginan pemenuhan kebutuhan dasar dipengaruhi oleh stimulus internal walaupun maupun eksternal contoh kebutuhan untuk minum karena seseorang merasa haus maka segera minum Hal ini menyebabkan dalam tubuhnya kekurangan cairan atau karena melihat minuman yang segar saat terik matahari

6. Berbagai kebutuhan dasar akan saling berhubungan dan saling mempengaruhi misalnya kebutuhan makan akan diikuti dengan kebutuhan minum
7. Saat mulai timbul keinginan untuk memenuhi kebutuhan dasar maka individu akan berusaha memenuhinya (Sutanto, AV & Fitriana Y, 2017).

#### **D. TINGKATAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA**

Profesi keperawatan dalam teori kebutuhan dasar manusia menggunakan acuan teori psikologi Abraham Maslow dipublikasikan sebagai psikolog aliran humanisme yang mengutarakan 5 hierarki kebutuhan besar manusia yaitu kebutuhan fisiologis kebutuhan keselamatan dan keamanan kebutuhan mencintai dan dicintai kebutuhan harga diri serta kebutuhan aktualisasi diri.

Konsep manusia dalam perspektif keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistik maka hierarki kebutuhan dasar manusia tidak cukup 5 tetapi 6 kebutuhan dasar, yang keenam yaitu aspek spiritual yaitu kebutuhan akan kedekatan dengan Tuhan. Menjelang akhir hayatnya masih menambahkan hierarki kebutuhan manusia yang keenam yaitu kebutuhan transidental diri.

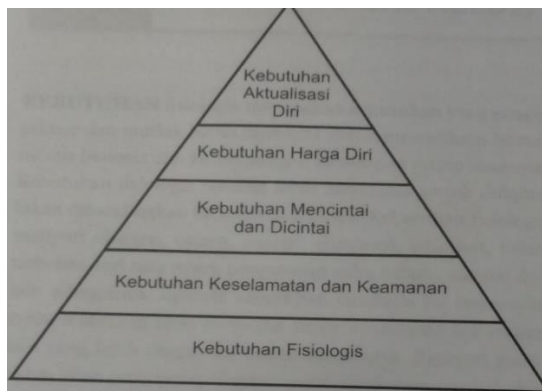
Kebutuhan transindetal diri merupakan puncak kesadaran eksistensi manusia secara fitrah menyadari adanya Tuhan dan memerlukan pertolongan-Nya. Dengan demikian individu yang telah mencapai level ini akan mengalami keseimbangan hidup yaitu hidup bukan hanya sekedar pemenuhan jasmaniah akan tetapi juga kebutuhan rohaniah yang terpenuhi.

Kebutuhan adalah suatu keadaan yang ditandai oleh perasaan kekurangan dan ingin diperoleh sesuatu yang akan diwujudkan melalui suatu usaha atau tindakan. Kebutuhan dasar manusia

merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia dua kebutuhan yaitu kebutuhan pokok dan kebutuhan dasar yaitu kebutuhan materi dan nonmateri. Semakin tinggi hirarki kebutuhan yang terpenuhi semakin mudah seseorang mencapai derajat kemandirian optimal dimana manusia itu unik satu sama lain baik perilaku maupun tindakannya masing-masing memiliki ciri tersendiri. Namun sebagai makhluk sosial tindakan manusia seunik apapun tidak terlepas dari pengaruh lingkungan sosialnya di mana pengaruh itu bisa berasal mulai dari keluarga sampai dengan masyarakat.

(Sutanto, AV & Fitriana Y, 2017)



*Gambar 1.1 Klasifikasi kebutuhan dasar manusia berdasarkan Abraham Maslow*

## **E. PENDEKATAN MANUSIA DARI SEGI FISIK DAN PSIKOLOGIS**

Pendekatan manusia dapat dilihat dari segi fisik dan psikologis, yaitu:

1. Pendekatan dari segi fisik

Kehadiran individu dalam kelompok masyarakat ditandai dengan wujud fisiknya. Wujud fisik sebagai bagian dari alam selalu tunduk pada alam mempunyai struktur dan fisika seperti mempunyai berat volume sifat fisika lainnya. Manusia lahir menjadi dewasa kemudian meninggal atau dari kecil menjadi besar. Keadaan semacam ini merupakan gejala kealaman, gejala alam ini terjadi sesuai dengan kondisi alam, namun sebagai makhluk hidup yang mempunyai ciri sendiri yang saling mengalami perubahan dan perkembangan, faktor ini biasanya disebut dengan faktor penunjang kelangsungan hidup. Faktor penunjang kelangsungan hidup antara lain sebagai berikut:

- a. Pangan yang terdiri dari zat sumber tenaga seperti karbohidrat, lemak, protein, zat pembangun (protein, mineral, air) dan zat pengatur (vitamin, mineral, protein dan air).
- b. Sandang sebagai alat adaptasi terhadap kondisi alam atau iklim yang berlainan panas dan dingin.
- c. Papan yaitu usaha berlindung dari ancaman alam yang tidak bersahabat seperti hujan, panas matahari, binatang buas, debu dan lainnya.
- d. Kebutuhan politik seperti kebebasan berpendapat, hidup merdeka, hidup aman, hidup tertib, berkuasa, memerintah dan mendapatkan jabatan.
- e. Kehidupan dalam sosial budaya, berkawan, bersahabat, menyayangi, mengembangkan diri dan berekreasi

## 2. Pendekatan psikologis

Manusia tidak pernah lepas dari wujud segi psikisnya, bersama-sama fisik membentuk manusia dan fungsi psikis ini sangat berpengaruh terhadap gerak dan tingkah laku fisik dalam arti tingkah laku. Perbuatan manusia merupakan refleksi psikisnya sebaliknya tingkah laku fisik berpengaruh pada fungsi psikis.

Tenaga kejiwaan berupa karsa, cipta dan rasa. Karsa meliputi tenaga yang merupakan sumber dorongan atau kekuatan dalam bertindak



termasuk dorongan nafsu, keinginan, hasrat hawa nafsu dan kemauan. Cipta merupakan tenaga yang dapat menciptakan sesuatu dan memecahkan persoalan mencari solusi yang tepat untuk suatu kegiatan. Rasa meliputi tenaga yang memberi sifat pada kegiatan berupa keharusan kesenangan dan ketidaksesenangan (Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015).

## **F. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBUTUHAN DASAR MANUSIA**

Kebutuhan dasar manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

1. Penyakit  
Adanya penyakit dalam tubuh dapat menyebabkan perubahan pemenuhan kebutuhan, baik secara fisiologis dan psikologis karena beberapa fungsi organ tubuh memerlukan pemenuhan kebutuhan lebih besar dari biasanya.
2. Hubungan keluarga  
Hubungan keluarga yang baik dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan dasar karena adanya saling percaya, merasakan kesenangan hidup, tidak ada rasa curiga dll.
3. Konsep diri  
Konsep diri manusia memiliki peran dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Konsep diri yang positif memberikan makna dan keutuhan bagi seseorang. Konsep diri yang sehat menghasilkan perasaan yang positif terhadap diri, mudah berubah/beradaptasi, mudah mengenali kebutuhan dan mengembangkan cara hidup yang sehat, mudah memenuhi kebutuhan dirinya.
4. Tahap perkembangan  
Manusia mengalami perkembangan sejalan dengan meningkatnya usia. Setiap tahap perkembangan memiliki kebutuhan yang berbeda, baik kebutuhan biologis, psikologis,

sosial maupun spiritual dan kultural mengingat berbagai fungsi organ tubuh mengalami proses kematangan untuk setiap tahap perkembangan (Hidayat, AAA & Uliyah, M, 2016).

## BAGIAN 2

# ETIKA DAN HUKUM DALAM KEPERAWATAN

### A. PENGERTIAN ETIKA

Merupakan kata yang berasal dari Yunani, yaitu Ethos, yang menurut Araskar dan David (1978) berarti kebiasaan atau model perilaku, atau standar yang diharapkan dan kriteria tertentu untuk sesuatu tindakan, dapat diartikan segala sesuatu yang berhubungan dengan pertimbangan pembuatan keputusan, benar atau tidaknya suatu perbuatan. Dalam *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English*, AS Hornby mengartikan etika sebagai sistem dari prinsip-prinsip moral atau aturan-aturan perilaku.

Menurut definisi AARN (1996), etika berfokus pada yang seharusnya baik salah atau benar, atau hal baik atau buruk. Sedangkan menurut Rowson, (1992). etik adalah segala sesuatu yang berhubungan/alasan tentang isu moral. Moral adalah suatu kegiatan/perilaku yang mengarahkan manusia untuk memilih tindakan baik dan buruk, dapat dikatakan etik merupakan kesadaran yang sistematis terhadap perilaku yang dapat dipertanggung jawabkan (Degraf, 1988).

Etika merupakan bagian dari filosofi yang berhubungan dengan keputusan moral menyangkut manusia (Spike lee, 1994). Menurut Webster's "*The discipline dealing with what is good and bad and with moral duty and obligation, ethics offers conceptual tools to evaluate and guide moral decision making*" merupakan tanggung jawab moralnya dan tidak akan membuat keputusan secara sembarangan.

Kode Etik Keperawatan Kode etik profesi merupakan pernyataan yang komprehensif dari bentuk tugas dan pelayanan dari profesi

yang memberi tuntunan bagi anggota dalam melaksanakan praktek dibidang profesinya, baik yang berhubungan dengan pasien, keluarga, masyarakat dan teman sejawat, profesi dan diri sendiri. Sedangkan Kode etik keperawatan merupakan daftar prilaku atau bentuk pedoman/panduan etik prilaku profesi keperawatan secara professional (Aiken, 2003).

Tujuan utama adanya kode etik keperawatan adalah memberikan perlindungan bagi pelaku dan penerima praktek keperawatan.

1. Tujuan dan Fungsi Kode etik keperawatan Secara umum menurut Koziar (1992). dikatakan bahwa tujuan kode etik profesi keperawatan adalah meningkatkan praktek keperawatan dengan moral dan kualitas dan menggambarkan tanggung jawab, akuntabilitas serta mempersiapkan petunjuk bagi anggotanya. Etika profesi keperawatan merupakan alat untuk mengukur prilaku moral dalam keperawatan. Dalam menyusun alat pengukur ini keputusan diambil berdasarkan kode etik sebagai standar yang mengukur dan mengevaluasi perilaku moral perawat (Suhaemi, 2002).

2. Adanya Penggunaan Kode Etik

a. Etik keperawatan

Organisasi profesi keperawatan dapat meletakkan kerangka berfikir perawat untuk mengambil keputusan dan bertanggung jawab kepada masyarakat anggota tim kesehatan lain dan kepada profesi. Tujuan pokok rumusan etika yang dituangkan dalam kode etik keperawatan, merupakan standar etika perawat, yaitu:

- 1) Menjelaskan dan menerapkan tanggung jawab kepada pasien, lembaga dan masyarakat
- 2) Membantu tenaga/perawat dalam menentukan apa yang harus diperbuat dalam menghadapi dilema etik dalam praktek keperawatan.
- 3) Memberikan kesempatan profesi keperawatan menjaga reputasi atau nama dan fungsi profesi keperawatan.

- 4) Mencerminkan/membayangkan pengharapan moral dari komunitas.
  - 5) Merupakan dasar untuk menjaga perilaku dan integrasi. Sesuai tujuan tersebut diatas, perawat diberi kesempatan untuk dapat mengembangkan etika profesi secara terus menerus agar dapat menampung keinginan dan masalah baru dan mampu menurunkan etika profesi keperawatan kepada perawat-perawat muda. Disamping maksud tersebut, penting dalam meletakkan landasan filsafat keperawatan agar setiap perawat dapat memahami dan menyenangi profesinya.
- b. Konsep moral dalam praktek keperawatan:
- 1) Prinsip-prinsip moral dalam praktek keperawatan Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien. Johnson (1989) menyatakan bahwa prinsip tidak melukai orang lain berbeda dan lebih keras daripada prinsip untuk berlaku baik.
  - 2) Hak (Right) Berprilaku sesuai dengan perjanjian hukum, peraturan-peraturan dan moralitas, berhubungan dengan hukum legal (Webster's, 1998). Moralitas menyangkut apa yang benar dan salah pada perbuatan, sikap, dan sifat. Tanda utama adanya masalah moral, adalah bisikan hati nurani atau timbulnya perasaan bersalah, malu, tidak tenang, dan tidak damai dihati. Standar moral dipengaruhi oleh ajaran, agama, tradisi, norma kelompok, atau masyarakat dimana ia dibesarkan.  
Contoh : Klien berhak untuk mengetahui informasi tentang penyakit dan segala sesuatu yang perlu diketahuinya.
  - 3) Norma masyarakat nilai-nilai (values) adalah suatu keyakinan seseorang tentang penghargaan terhadap suatu standar atau pegangan yang mengarah pada sikap/perilaku seseorang. Sistem nilai dalam suatu organisasi adalah rentang nilai-nilai yang dianggap penting dan sering

diartikan sebagai perilaku personal. Values (nilai-nilai) yang ideal atau idaman, konsep yang sangat berharga konsep Moral Right dalam keperawatan:

- a) Advokasi merupakan memberikan saran dalam upaya melindungi dan mendukung hak-hak pasien. Hal tersebut merupakan suatu kewajiban moral bagi perawat, dalam mempraktekkan keperawatan professional
- b) Responsibilitas (tanggung jawab) eksekusi terhadap tugas-tugas yang berhubungan dengan peran tertentu dari perawat. Misal pada saat memberikan obat, perawat bertanggung jawab untuk mengkaji kebutuhan klien dengan memberikannya dengan aman dan benar, dan mengevaluasi respons klien terhadap obat tersebut.
- c) Akuntabilitas (tanggung gugat) dapat menjawab segala hal yang berhubungan dengan tindakan seseorang atau dapat mempertanggungjawabkan suatu tindakan yang dilakukan, dan dapat menerima konsekuensi dari tindakan tersebut.
- d) Loyalitas suatu konsep yang melewati simpati, peduli, dan hubungan timbal balik terhadap pihak yang secara profesional berhubungan dengan perawat. Loyalitas harus dipertahankan oleh setiap perawat baik loyalitas kepada klien, teman sejawat, rumah sakit maupun profesi.

Nilai-nilai professional yang harus diterapkan oleh perawat yaitu:

1. *Justice* (Keadilan) menjaga prinsip-prinsip etik dan legal, sikap yang dapat dilihat dari *Justice*, adalah: *Courage* (keberanian/Semangat, *Integrity*, *Morality*, *Objectivity*), dan beberapa kegiatan yang berhubungan dengan *justice* perawat: Bertindak sebagai pembela klien, Mengalokasikan sumber-sumber secara adil, Melaporkan tindakan yang tidak kompeten, tidak etis, dan tidak legal secara obyektif dan berdasarkan fakta.

2. *Truth* (kebenaran) kesesuaian dengan fakta dan realitas, sikap yang berhubungan dengan perawat yang dapat dilihat, yaitu: *Akuntabilitas, Honesty, Rationality, Inquisitiveness* (ingin tahu), kegiatan yang berhubungan dengan sikap ini adalah: Mendokumentasikan asuhan keperawatan secara akurat dan jujur, Mendapatkan data secara lengkap sebelum membuat suatu keputusan, Berpartisipasi dalam upaya-upaya profesi untuk melindungi masyarakat dari informasi yang salah tentang asuhan keperawatan.
3. *Aesthetics*, kualitas obyek, kejadian, manusia yang mengarah pada pemberian kepuasan dengan perilaku/ sikap yang tunjukan dengan *Appreciation, Creativity, Imagination, Sensitivity*, kegiatan perawat yang berhubungan dengan aesthetics: Berikan lingkungan yang menyenangkan bagi klien, Ciptakan lingkungan kerja yang menyenangkan bagi diri sendiri dan orang lain, Penampilan diri yang dapat meningkatkan "image" perawat yang positif.
4. Altruism peduli bagi kesejahteraan orang lain (keiklasan) dengan sikap yang ditunjukan yaitu : *Caring, Commitment, Compassion* (kasih), *Generosity* (murah hati), *Perseverance* (tekun, tabah (sabar), kegiatan perawat yang berhubungan dengan Altruism: memberikan perhatian penuh saat merawat klien, membantu orang lain/perawat lain dalam memberikan asuhan keperawatan bila mereka tidak dapat melakukannya, tunjukan kepedulian terhadap isu dan kecenderungan social yang berdampak terhadap asuhan kesehatan.
5. *Equality* (Persamaan) mempunyai hak, dan status yang sama, sikap yang dapat ditunjukan oleh perawat yaitu: *Acceptance* (menerima), *Fairness* (adil/tidak diskriminatif), *Tolerance, Assertiveness*, kegiatan perawat yang berhubungan dengan equality: memberikan nursing care berdasarkan kebutuhan klien, tanpa membedakan klien, berinteraksi dengan tenaga kesehatan/teman sejawat dengan cara yang tidak diskriminatif.

6. *Freedom* (Kebebasan) kapasitas untuk menentukan pilihan, sikap yang dapat ditunjukkan oleh perawat yaitu: *Confidence, Hope, Independence, Openness, Self direction, Self Disciplin*, kegiatan yang berhubungan dengan *freedom*: Hargai hak klien untuk menolak terapi, Mendukung hak teman sejawat untuk memberikan saran perbaikan rencana asuhan keperawatan, Mendukung diskusi terbuka bila terdapat isu controversial terkait profesi keperawatan
7. *Human Dignity* (Menghargai martabat manusia) Menghargai martabat manusia dan keunikan martabat manusia dan keunikan individu, sikap yang dapat ditunjukkan oleh perawat, yaitu: *Empathy, Kindness, Respect full, Trust, Consideration*, kegiatan yang berhubungan dengan sikap *human dignity*: Melindungi hak individu untuk privacy, Menyapa/memperlakukan orang lain sesuai dengan keinginan mereka untuk diperlakukan, Menjaga kerahasiaan klien dan teman sejawat.

Hak-hak perawat, menurut Claire dan Fagin (1975), bahwa perawat berhak:

1. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya
2. Mengembangkan diri melalui kemampuan kompetensinya sesuai dengan latar pendidikannya
3. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan serta standard dan kode etik profesi
4. Mendapatkan informasi lengkap dari pasien atau keluaregannya tentang keluhan kesehatan dan ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan
5. Mendapatkan ilmu pengetahuannya berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang keperawatan/kesehatan secara terus menerus.
6. Diperlakukan secara adil dan jujur baik oleh institusi pelayanan maupun oleh pasien tanggung jawab/kewajiban



Perawat disamping beberapa hak perawat yang telah diuraikan diatas, dalam mencapai keseimbangan hak perawat maka perawat juga harus mempunyai kewajibannya sebagai bentuk tanggung jawab kepada penerima praktek keperawatan (Claire dan Fagin, 1975), dalam Fundamental of nursing, Kozier 1991).

Kewajiban seorang perawat, yaitu:

1. Mematuhi semua peraturan institusi yang bersangkutan
2. Memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi dan batas kemanfaatannya
3. Menghormati hak pasien
4. Merujuk pasien kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih kompeten, bila yang bersangkutan tidak dapat mengatasinya.
5. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk berhubungan dengan keluarganya, selama tidak bertentangan dengan peraturan atau standar profesi yang ada.
6. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk menjalankan ibadahnya sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing selama tidak mengganggu pasien yang lainnya.
7. Berkolaborasi dengan tenaga medis (dokter) atau tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan kepada pasien
8. Memberikan informasi yang akurat tentang tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan atau keluarganya sesuai dengan batas kemampuannya
9. Mendokumentasikan asuhan keperawatan secara akurat dan berkesinambungan
10. Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan atau kesehatan secara terus menerus
11. Melakukan pelayanan darurat sebagai tugas kemanusiaan sesuai dengan batas kewenangannya

12. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, kecuali jika dimintai keterangan oleh pihak yang berwenang.
13. Memenuhi hal-hal yang telah disepakati atau perjanjian yang telah dibuat sebelumnya terhadap institusi tempat bekerja.

Hak-hak pasien disamping beberapa hak dan kewajiban perawat, perawat juga harus mengenal hak-hak pasien sebagai obyek dalam praktek keperawatan. Sebagai hak dasar sebagai manusia maka penerima asuhan keperawatan juga harus dilindungi hak-haknya, sesuai perkembangan dan tuntutan dalam praktek keperawatan saat ini pasien juga lebih meminta untuk menentukan sendiri dan mengontrol tubuh mereka sendiri bila sakit; persetujuan, kerahasiaan, dan hak.

Pasien berhak untuk menolak pengobatan merupakan aspek dari penentuan diri sendiri. Hal-hal inilah yang perlu dihargai dan diperhatikan oleh profesi keperawat dalam menjalankan kewajibannya. Tetapi dilain pihak, seorang individu yang mengalami sakit sering tidak mampu untuk menyatakan hak-haknya, karena menyatakan hak memerlukan energi dan kesadaran diri yang baik sedangkan dalam kondisi sakit seseorang mengalami kelemahan atau terikat dengan penyakitnya dan dalam kondisi inilah sering individu tidak menyadari akan haknya, disinilah peran seorang profesional perawat. Oleh karena itu sebagai perawat profesional harus mengenal hak-hak pasien, menurut Annas dan Healy, 1974, hak-hak pasien adalah sebagai berikut :

1. Hak untuk kebenaran secara menyeluruh
2. Hak untuk mendapatkan privasi dan martabat yang mandiri
3. Hak untuk memelihara penentuan diri dalam berpartisipasi dalam keputusan sehubungan dengan kesehatan seseorang.
4. Hak untuk memperoleh catatan medis, baik selama maupun sesudah dirawat di Rumah Sakit.

## **B. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMBUATAN KEPUTUSAN ETIS**

Kemampuan membuat keputusan masalah etis merupakan salah satu persyaratan bagi perawat untuk menjalankan praktik keperawatan profesional. Dalam membuat keputusan etis, ada beberapa unsur yang mempengaruhi seperti nilai dan kepercayaan pribadi, kode etik keperawatan, konsep moral perawatan dan prinsip-prinsip etik.

## **C. ISTILAH-ISTILAH ETIK DAN HUKUM KEPERAWATAN**

1. Etika peraturan/norma yang dapat digunakan sebagai acuan bagi perilaku seseorang yang berkaitan dengan tindakan yang baik/buruk, merupakan suatu tanggung jawab moral.
  - a. Etik suatu ilmu yang mempelajari tentang apa yang baik dan buruk secara moral atau ilmu kesusilaan yang menyangkut aturan/prinsip penentuan tingkah laku yang baik dan buruk, kewajiban dan tanggung jawab.
  - b. Etik merupakan sesuatu yang telah dikenal, diketahui, diulangi serta menjadi suatu kebiasaan didalam masyarakat, baik berupa kata-kata/suatu bentuk perbuatan yang nyata.
  - c. Moral perilaku yang diharapkan masyarakat atau merupakan standar perilaku/perilaku yang harus diperhatikan seseorang menjadi anggota kelompok/masyarakat dimana ia berada. atau nilai yang menjadi pegangan bagi seseorang suatu kelompok dalam mengatur tingkah lakunya. Kode Etik Kaedah utama yang menjaga terjalinnya interaksi pemberi dan penerima jasa profesi yang wajar, jujur, adil dan terhormat.
  - d. Profesional seseorang yang memiliki kompetensi dalam suatu pekerjaan tertentu.

- e. Profesionalisme karakter, spirit/metoda profesional, mencakup pendidikan dan kegiatan berbagai kelompok yang anggotanya berkeinginan jadi professional.
- f. Profesionalisme merupakan suatu proses yang dinamis untuk memenuhi/mengubah karakteristik kearah profesi.
- g. Hukum peraturan perundang-undangan yang di buat oleh suatu kekuasaan dalam mengatur pergaulan hidup dalam masyarakat.

#### **D. PENGARUH HUKUM TERHADAP PERKEMBANGAN PROFESI KEPERAWATAN**

Hukum dapat menjalankan fungsi advokasi dengan membela dan melindungi perawat dari kemungkinan tindakan yang merugikan.

#### **E. HUBUNGAN HUKUM DENGAN PROFESI PERAWAT**

Manusia sebagai makhluk sosial yang selalu senantiasa berhubungan dengan manusia lain dalam masyarakat, senantiasa diatur diantaranya:

1. Norma agama
2. Norma etik
3. Norma hukum

Ketiga norma tersebut khususnya norma hukum dibutuhkan untuk menciptakan ketertipan, ketentraman, dan pada akhirnya perdamaian dalam kehidupan, diharapkan kepentingan manusia dapat terpenuhi. Perlu dibuat payung hukum bagi profesi perawat kesehatan sebagai salah satu kebutuhan pokok manusia selain sandang, pangan, papan, dan pendidikan, perlu diatur dengan berbagai piranti hukum sebab pengembangan di bidang kesehatan diperlukan tiga faktor:

1. Perlunya perawatan kesehatan diatur dengan langkah-langkah tindakan kongkrit dari pemerintah.
2. Perlunya pengaturan hukum dilingkungan sistem perawatan kesehatan.
3. Perlunya kejelasan yang membatasi antara perawatan kesehatan dengan tindakan tertentu. Ketiga faktor tersebut memerlukan piranti hukum untuk melindungi pemberi dan penerima jasa kesehatan agar ada kepastian hukum dalam melaksanakan tugas profesinya. Dalam pelayanan kesehatan (yan-kes) yaitu :
  - 1) Pada dasarnya merupakan hubungan “unik” karena hubungan tersebut bersifat interpersonal diatur dengan langkah-langkah tindakan kongkrit dari pemerintah.
  - 2) Perlunya pengaturan hukum dilingkungan sistem perawatan kesehatan.
  - 3) Perlunya kejelasan yang membatasi antara perawatan kesehatan dengan tindakan tertentu. Ketiga faktor tersebut memerlukan piranti hukum untuk melindungi pemberi dan penerima jasa kesehatan agar ada kepastian hukum dalam melaksanakan tugas profesinya. Dalam pelayanan kesehatan (yan-kes). Pada dasarnya merupakan hubungan “unik” karena hubungan.

## **F. SUMBER UTAMA HUKUM DI KEPERAWATAN**

Sumber utama hukum keperawatan adalah undang-undang. yang tercantum dalam pasal- pasal sebagai berikut: UU RI No. 23/TH 1992

1. Tentang Kesehatan Pasal 32, ayat 2,3,4 dan 5
2. Penyembuhan penyakit & pemulihan Kesehatan dilakukan dengan pengobatan atau perawatan.
3. Pengobatan atau perawatan dapat dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran & ilmu keperawatan atau cara lain yang dapat dipertanggungjawabkan.

4. Pelaksanaan pengobatan atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian & kewenangan di bidang itu
5. Pemerintah melakukan pembinaan & pengawasan terhadap pelaksanaan pengobatan
6. Pasal 50 Tenaga kesehatan bertugas menyelenggarakan & melakukan kegiatan kes sesuai dengan bidang keahlian atau kewenangan tenaga kesehatan yg bersangkutan.
7. Pasal 53, ayat 1,2,4
  - 1) Tenaga kes berhak memperoleh perlindungan hukum dlm melaksanakan tugas sesuai dgn profesinya.
  - 2) Tenaga Kes dlm melaksanakan tugasnya berkewajiban utk mematuhi standar profesi & menghormati hak-hak pasien
  - 3) Ketentuan mengenai standar profesi & hak-hak pasien sebagaimana dimaksud dlm ayat 2 ditetapkan dgn peraturan pemerintah.
  - 4) Pasal 54, ayat 1,2 1 : Thdp tenaga kes yg mlkkn kesalahan atau kelalaian dlm melaksanakan profesinya dpt dikenakan tindakan disiplin. 2 : Penentuan ada tdknya kesalahan atau kelalaian sebagaimana dimaksud pd ayat 1 ditentukan oleh Majelis disiplin tenaga kesehatan
  - 5) Pasal 55, ayat 1,2 1 : Setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yg dilakukan oleh tenaga kesehatan 2 : Ganti rugi sebagaimana dimaksud dlm ayat 1 dilaksanakan sesuai dgn peraturan perundang-undangan yg berlaku.
  - 6) Pasal 73 Pemerintah melakukan pembinaan terhadap semua kegiatan yg berkaitan dgn penyelenggaraan upaya kesehatan.
  - 7) Pasal 77 Pemerintah berwenang mengambil tindakan administratif terhadap tenaga kesehatan &/ atau sarana kesehatan yg melakukan pelanggaran terhadap ketentuan undang-undang ini.

Implikasi UU RI No. 23/TH 1992 Tentang Kesehatan :

- a. Keperawatan dapat menyembuhkan penyakit & memulihkan kesehatan
- b. Keperawatan diakui sebagai ilmu pengetahuan
- c. Perlu aplikasi standar profesi bagi perawat
- d. Perlu aplikasi ada pengaturan tentang kewenangan perawat
- e. Hak-hak klien harus dihormati & selalu menjadi fokus perhatian setiap perawat

## **G. CARA MENGATASI DILEMA HUKUM DAN ETIS DI KEPERAWATAN**

1. Model Pemecahan masalah ( Megan, 1989 ) Ada lima langkah-langkah dalam pemecahan masalah dalam dilema etik.

- a. Mengkaji situasi
- b. Mendiagnosa masalah etik moral
- c. Membuat tujuan dan rencana pemecahan
- d. Melaksanakan rencana
- e. Mengevaluasi hasil

2. Kerangka pemecahan dilema etik (kozier & erb, 2004 )

- a. Mengembangkan data dasar. Untuk melakukan ini perawat memerlukan pengumpulan informasi sebanyak mungkin meliputi:
  - 1) Siapa yang terlibat dalam situasi tersebut dan bagaimana keterlibatannya
  - 2) Apa tindakan yang diusulkan
  - 3) Apa maksud dari tindakan yang diusulkan
  - 4) Apa konsekuensi-konsekuensi yang mungkin timbul dari tindakan yang diusulkan.
- b. Mengidentifikasi konflik yang terjadi berdasarkan situasi tersebut

- c. Membuat tindakan alternatif tentang rangkaian tindakan yang direncanakan dan mempertimbangkan hasil akhir atau konsekuensi tindakan tersebut
- d. Menentukan siapa yang terlibat dalam masalah tersebut dan siapa pengambil keputusan yang tepat
- e. Mengidentifikasi kewajiban perawat
- f. Membuat keputusan

Keperawatan sebagai suatu profesi bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas pelayanan/asuhan keperawatan yang diberikan. Oleh sebab itu pemberian pelayanan/asuhan keperawatan harus berdasarkan pada landasan hukum dan etika keperawatan. Standar asuhan perawatan di Indonesia sangat diperlukan untuk melaksanakan praktek keperawatan, sedangkan etika keperawatan telah diatur oleh organisasi profesi, hanya saja kode etik yang dibuat masih sulit dilaksanakan dilapangan karena bentuk kode etik yang ada masih belum dijabarkan secara terinci dan lengkap dalam bentuk petunjuk teknisnya.

Etik merupakan kesadaran yang sistematis terhadap prilaku yang dapat dipertanggung jawabkan, etik bicara tentang hal yang benar dan hal yang salah dan didalam etik terdapat nilai-nilai moral yang merupakan dasar dari prilaku manusia (niat). Prinsip-prinsip moral telah banyak diuraikan dalam teori termasuk didalamnya bagaimana nilai-nilai moral di dalam profesi keperawatan. Penerapan nilai moral professional sangat penting dan sesuatu yang tidak boleh ditawar lagi dan harus dilaksanakan dalam praktek keperawatan.



## BAGIAN 3

### KONSEP DASAR KEPERAWATAN

#### A. KEPERAWATAN

Keperawatan merupakan salah satu profesi kesehatan yang fokus dalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien secara profesional. Keperawatan adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang meliputi; promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, advokasi, penyediaan lingkungan yang aman, pendidikan, penelitian, dan partisipasi dalam manajemen pasien dan kebijakan sistem kesehatan (Potter&Perry, 2017). Keperawatan meliputi perawatan mandiri dan kolaboratif terhadap individu dari segala tingkat usia, keluarga, kelompok, dan komunitas, baik sakit maupun sehat, dan pada semua tingkatan tatanan pelayanan kesehatan.

#### B. PERAWAT

Perawat adalah seseorang yang sudah menyelesaikan program pendidikan keperawatan dan diberi wewenang oleh otoritas yang berwenang untuk mempraktikkan keperawatan di negaranya. Perawat memiliki wewenang antara lain:

1. Melaksanakan praktik keperawatan, yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif pada pasien dengan segala tingkat usia dan dalam semua tingkatan perawatan kesehatan dan pengaturan komunitas lainnya
2. Terlibat dalam pendidikan keperawatan
3. Berpartisipasi menjadi anggota tim perawatan
4. Pelatihan dan pengawasan tenaga keperawatan
5. Berkontribusi dalam riset keperawatan.

Fungsi unik perawat dalam merawat individu baik sakit maupun sehat adalah dengan menilai respons mereka terhadap status kesehatannya, dan membantu mereka dalam kegiatan yang berpengaruh terhadap status kesehatan, pemulihan atau kematian yang layak, serta memperoleh kemandirian secepat mungkin. Dalam lingkungan pelayanan kesehatan, perawat berbagi peran dengan profesional kesehatan lainnya melalui fungsi perencanaan, implementasi, dan evaluasi untuk memberikan pelayanan kesehatan, mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, dan merawat orang sakit atau cacat. Simon Young (2016) menyatakan bahwa keterampilan dasar yang harus dikembangkan oleh perawat adalah mencakup; kepedulian, kasih sayang, komunikasi, aspek organisasi pelayanan, pencegahan dan kontrol infeksi, manajemen cairan dan nutrisi, serta manajemen obat.

### C. PRAKTIK KEPERAWATAN

Praktik keperawatan yang memenuhi kebutuhan dan harapan dapat diselenggarakan pada semua sarana/tatanan pelayanan/asuhan kesehatan, meliputi di rumah sakit umum atau khusus, puskesmas, praktik keperawatan di rumah (*home care*), *nursing home/residential health care*, praktik keperawatan berkelompok (klinik bersama), dan praktik keperawatan perorangan, serta praktik keperawatan fasilitas pelayanan/ asuhan kesehatan bergerak (*mobile/ambulatory*) (PPNI, 2012). Praktik keperawatan diselenggarakan dengan memperhatikan keterjangkauan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan/asuhan/asuhan keperawatan dalam konteks pelayanan/ asuhan kesehatan.

Praktik keperawatan profesional mencakup kegiatan-kegiatan mulai dari yang sederhana hingga kompleks. Praktik keperawatan dilakukan dengan mengutamakan kualitas, efektifitas dan efisiensi agar tetap terjangkau oleh masyarakat serta berfokus pada keselamatan klien.

Dalam melaksanakan praktik keperawatan untuk tindakan keperawatan yang sederhana dan tidak berisiko.

Standar diartikan sebagai ukuran atau patokan yang disepakati, sedangkan kompetensi dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang yang dapat terobservasi mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas dengan standar kinerja (*performance*) yang ditetapkan (PPNI, 2012). Sedangkan Standar kompetensi perawat merefleksikan kompetensi yang harus dimiliki oleh perawat untuk memberikan asuhan keperawatan profesional. Standar kompetensi perawat Indonesia setara dengan standar internasional. Dengan demikian perawat Indonesia mendapatkan pengakuan yang sama dengan perawat dari negara lain.

ANA dalam Potter&Perry (2017) menegaskan bahwa ada enam standar praktik yang menggambarkan tingkat kompetensi dari pelayanan keperawatan. Tingkat pelayanan ditunjukkan melalui model berfikir kritis yang dikenal sebagai proses keperawatan: pengkajian, diagnosis, identifikasi hasil dan perencanaan, implementasi serta evaluasi. Proses keperawatan merupakan dasar dari pengambilan keputusan klinis meliputi seluruh tindakan yang diambil perawat saat menyediakan pelayanan terhadap klien.

ANA dalam Potter&Perry (2017) menyatakan ada sembilan standar pelayanan profesional yang menggambarkan tingkah laku dalam profesi. Standar ini menyediakan petunjuk bagi perawat untuk bertanggung jawab terhadap tindakannya, klien dan kelompoknya. Standar ini berusaha menjamin klien untuk menerima pelayanan yang berkualitas tinggi, sehingga perawat mengetahui dengan pasti hal-hal yang dibutuhkan untuk pelayanan keperawatan, dan mengukur apakah pelayanan telah memenuhi standar.

Kesembilan standar tersebut adalah:

1. Kualitas praktik, perawat secara sistematis meningkatkan kualitas badan efektifitas praktik keperawatan
2. Pendidikan, perawat memperoleh pengetahuan dan kompetensi yang sesuai dengan praktik keperawatan terbaru.
3. Evaluasi praktik professional, perawat mengevaluasi praktiknya sehubungan dengan standar praktik professional dan petunjuknya, peraturan dan regulasi.
4. Kesejawatan, perawat berinteraksi dan bersumbangsih terhadap peningkatan profesi dari kelompok dan sejawatnya.
5. Kolaborasi, perawat berkolaborasi dengan klien, keluarga, dan lainnya dalam melakukan praktik keperawatan.
6. Etik, perawat mengintegrasikan unsur etik dalam seluruh bidang praktik.
7. Penelitian, perawat mengintegrasikan temuan penelitian kedalam praktik
8. Pendayagunaan sumber daya, perawat mempertimbangkan faktor yang berhubungan dengan keselamatan, efektifitas, biaya dan akibat dalam perencanaan dan memberikan layanan keperawatan.

Kepemimpinan, perawat memiliki sikap pemimpin dalam tempat praktik professional dan profesinya.

#### **D. PROSES KEPERAWATAN**

Perawat dalam melaksanakan praktik pelayanan kepada klien menerapkan proses keperawatan. Proses keperawatan merupakan rangkaian kegiatan pemberian pelayanan keperawatan kepada klien yang terstruktur dan terencana. Proses keperawatan adalah pemikiran kritis tentang proses lima langkah yang mencakup; pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang digunakan oleh perawat profesional untuk menerapkan evidence

terbaik yang tersedia untuk merawat dan mempromosikan fungsi manusia dalam merespon kondisi sehat dan sakit (Potter&Perry 2017). Proses keperawatan merupakan cara perencanaan terstruktur, rasional dan menyediakan pelayanan secara individual (Kozier&Erb's, 2016). Proses keperawatan merupakan *blueprint* mendasar bagaimana cara merawat pasien dengan menggunakan pendekatan perawatan yang berfokus pada pasien.

Tujuan proses keperawatan adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien, kebutuhan klien dan masalah perawatan kesehatan baik aktual atau potensial, menetapkan rencana untuk memenuhi kebutuhan yang diidentifikasi, dan untuk memberikan intervensi keperawatan khusus dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Klien mungkin seorang individu, keluarga, komunitas, atau kelompok (Kozier&Erb's, 2016). Proses keperawatan bersifat siklus dan komponennya mengikuti urutan logika, satu komponen dapat terlibat lebih dari satu kali. Proses keperawatan mungkin diakhiri pada siklus pertama jika tujuannya telah tercapai atau siklus dapat dilanjutkan kembali ke pengkajian ulang atau rencana perawatan mungkin diubah.

Proses keperawatan mencakup lima tahap yang meliputi: Assesment, menetapkan diagnosis (termasuk identifikasi dan analisis hasil), perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Kozier&Erb's, 2016). Lima fase dalam proses keperawatan dapat dijelaskan sebagai berikut:

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah langkah pertama yang penting dalam proses keperawatan yang berfungsi untuk mempelajari sebanyak mungkin tentang kondisi kesehatan setiap pasien dan masalah kesehatan dengan bermitra bersama dalam hubungan terapeutik. Pengkajian harus lengkap, relevan dengan kondisi pasien, dan akurat untuk mengidentifikasi dengan benar keinginan seseorang untuk meningkatkan kesehatannya atau mengidentifikasi masalah

kesehatan apa pun (Potter&Perry, 2017). Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis dan berkelanjutan, mengorganisasi, memvalidasi dan mendokumentasikan data atau informasi (Kozier&Erb's, 2016). Pengkajian meliputi cara mendapatkan informasi baik subyektif maupun obyektif, memverifikasi informasi terkait riwayat kesehatan yang didapatkan dari pasien dan keluarganya maupun yang berasal dari rekam medik (NANDA, 2017).

(Kozier&Erb's, 2016) menyatakan bahwa dalam pemberian medikasi yang aman perawat harus selalu mengkaji status kesehatan klien dan memperoleh data riwayat obat sebelum memberikan obat. Kedalaman pengkajian tergantung pada kondisi penyakit klien, obat yang akan diberikan dan rute pemberian. Riwayat obat termasuk informasi mengenai obat yang diterima klien saat ini atau yang telah dikonsumsi akhir-akhir ini. Bagian penting dalam riwayat klien adalah pengetahuan klien tentang alergi obat yang dialaminya. Kebiasaan makan klien juga dikaji dalam pengkajian riwayat klien. Permasalahan yang dialami klien dalam memberikan obat secara mandiri juga harus diidentifikasi. Faktor sosioekonomi perlu dipertimbangkan terutama pada klien lanjut usia.

Tahap pengkajian dalam proses pemberian obat menurut (Potter&Perry, 2017) meliputi; (1). pengkajian langsung dengan klien tentang riwayat medis, alergi, riwayat pengobatan, riwayat diet, dan persepsi klien tentang pengobatannya. (2). Kondisi pasien saat ini. (3). Tingkah laku pasien tentang penggunaan obat. (4). Faktor yang mempengaruhi kepatuhan terhadap terapi obat. (5). Kebutuhan belajar pasien. Hasil penelitian menyatakan bahwa kompetensi spesifik perawat yang tinggi berpengaruh signifikan terhadap respons pengkajian pasien (Kurniawan & Hariyati, 2019).

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan evaluasi klinis yang dilakukan oleh perawat mengenai respons individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami oleh klien, keluarga, kelompok, atau masyarakat (NANDA, 2017; Potter&Perry, 2017). Diagnosis keperawatan adalah penilaian yang dibuat hanya setelah pengumpulan data yang menyeluruh dan sistematis. Perawat bertanggung jawab untuk membuat diagnosa keperawatan, dan tenaga kesehatan lainnya dapat berkontribusi memberikan data untuk proses penegakkan diagnosa. Diagnosis keperawatan menggambarkan status kesehatan pasien yang berkesinambungan yang meliputi: penyimpangan dari kesehatan, adanya faktor risiko, dan peningkatan untuk mengembangkan kondisi kesehatan diri.

Menurut (Potter&Perry, 2017) proses pengkajian yang dilakukan dalam proses medikasi meliputi informasi kondisi pasien, kemampuan menggunakan obat, tingkat kepatuhan dalam pengobatan. Informasi digunakan untuk mengidentifikasi risiko permasalahan yang mungkin muncul selama penggunaan obat. Diagnosis keperawatan yang dapat muncul selama proses pemberian obat adalah; kecemasan, kurang pengetahuan, ketidakpatuhan, gangguan menelan, dan gangguan memori.

## **3. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah jenis-jenis tindakan perawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan evaluasi klinis dan ilmu keperawatan untuk meningkatkan kesehatan klien (Kozier&Erb's, 2016; NANDA, 2017).. Perencanaan adalah fase yang sistematis dari proses keperawatan yang melibatkan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah. Intervensi keperawatan harus berbasis bukti, memberikan yang terbaru, terkini, dan menggunakan pendekatan yang efektif untuk memberikan perawatan yang berfokus pada pasien (Potter&Perry, 2017).

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi yang bersifat langsung dan tidak langsung. Intervensi langsung adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat melalui interaksi dengan klien. Perawatan tidak langsung adalah intervensi yang didelegasikan oleh perawat kepada penyedia layanan kesehatan lain atau dilakukan dari jauh tetapi atas nama klien atau sekelompok pasien, seperti dokumentasi, kolaborasi interdisipliner dan manajemen lingkungan perawatan.

Menurut (Kozier&Erb's, 2016) ada tiga jenis intervensi keperawatan yaitu: independen, dependen dan kolaboratif. *Intervensi independent* adalah tindakan yang diinisiasi atau dilakukan oleh perawat berlisensi berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang mereka miliki. *Intervensi dependent* adalah tindakan yang dilakukan di bawah perintah atau pengawasan dokter atau penyedia layanan kesehatan lainnya yang berwenang untuk menulis perintah kepada perawat. *Intervensi kolaboratif* adalah tindakan yang dilakukan perawat bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lainnya, seperti terapis fisik, pekerja sosial, ahli diet, dan penyedia perawatan primer.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah fase tindakan dalam proses keperawatan dimana perawat melakukan intervensi keperawatan. Implementasi terdiri dari melakukan tindakan dan mendokumentasikan kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan. Pada tahap implementasi harus dipastikan bahwa perawatan yang diberikan bersifat efisien, aman, dan efektif. Lima persiapan kegiatan implementasi adalah mengkaji kembali pasien, meninjau dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang ada, mengatur sumber daya dan pemberian perawatan, mengantisipasi dan mencegah komplikasi, dan menerapkan intervensi keperawatan (Kozier&Erb's, 2016).



## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam tahapan proses keperawatan. Evaluasi sangat penting dalam menetapkan apakah setelah dilakukan empat langkah proses keperawatan, kondisi atau kesejahteraan pasien semakin membaik (Potter&Perry, 2017). Evaluasi merupakan rencana berkelanjutan dan kegiatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi kemajuan kesehatan klien, apakah telah mengarah pada sasaran asuhan keperawatan yang direncanakan. Fase evaluasi merupakan tahapan yang penting dalam proses keperawatan karena akan menjadi dasar bagi intervensi keperawatan selanjutnya.

## **6. Dokumentasi Keperawatan**

Semua tindakan atau kegiatan asuhan keperawatan harus di dokumentasikan dengan baik. Dokumentasi merupakan aspek vital dari praktik keperawatan. Dokumentasi keperawatan harus akurat dan komprehensif. Menurut (Kozier&Erb's, 2016) dokumentasi adalah dokumen legal yang memberi bukti perawatan terhadap klien, dapat dalam bentuk tertulis atau berbasis komputer. Dokumentasi adalah tindakan keperawatan yang menghasilkan catatan tertulis dari data pasien terkait keputusan dan intervensi klinis keperawatan, dan respons pasien dalam catatan kesehatan. Informasi dalam catatan pasien memberikan informasi terperinci tentang tingkat kualitas perawatan yang diberikan. Dokumentasi yang efektif membantu memastikan kesinambungan perawatan, menghemat waktu, dan meminimalkan risiko kesalahan (Potter&Perry, 2017). Meskipun rumah sakit menggunakan formulir dan sistem dokumentasi yang berbeda, namun pada dasarnya semua catatan klien memiliki kesamaan sebagai fungsi informasi.

Dokumentasi memiliki berbagai macam tujuan. Tujuan dokumentasi menurut (Kozier&Erb's, 2016) adalah sebagai; sarana komunikasi antara tenaga kesehatan, merencanakan pelayanan asuhan yang akan diberikan kepada klien, memnuhi standar yang ditetapkan oleh

badan audit kesehatan, penelitian, pendidikan, *reimbursement*, analisis pelayanan kesehatan yang diberikan. Menurut (Potter&Perry, 2017) tujuan dokumentasi adalah untuk; komunikasi, dokumentasi legal, reimbursement, auditing dan monitoring, penelitian, pendidikan.

## **BAGIAN 4**

### **PERENCANAAN KEPERAWATAN**

Pada tahap perencanaan keperawatan, perawat bertugas menetapkan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan untuk setiap diagnosis keperawatan yang muncul. Tujuannya adalah untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien. Perawat diberikan wewenang untuk memilih tindakan yang dapat menyelesaikan masalah klien serta mencapai tujuan dan hasil. Dalam perencanaan yang baik dibutuhkan juga kerjasama yang baik antara perawat dengan klien, keluarga, tim kesehatan lainnya dan peninjauan pustaka. Perencanaan keperawatan bersifat dinamis, dapat berubah seiring dengan kondisi dan kebutuhan klien. Pada bagian ini, akan dipelajari mengenai perencanaan keperawatan secara mendalam.

#### **A. DEFINISI PERENCANAAN KEPERAWATAN**

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

Perencanaan adalah sumber informasi bagi semua yang terlibat dalam asuhan keperawatan klien, sehingga perencanaan keperawatan harus tertulis dengan baik agar dapat menjadi petunjuk. Rencana keperawatan merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan.

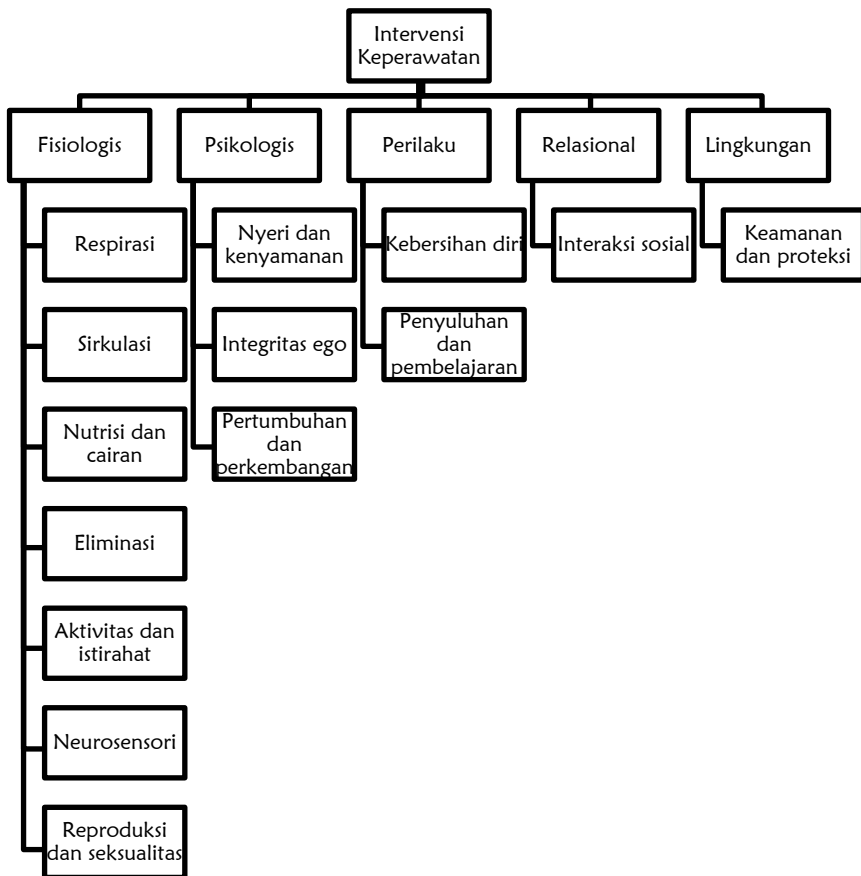
## B. TUJUAN PERENCANAAN KEPERAWATAN

Perencanaan keperawatan memiliki tujuan administratif dan tujuan klinik:

1. Tujuan administratif, diantaranya :
  - a. Mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok
  - b. Membedakan tanggungjawab anara perawat dengan profesi kesehatan yang lain
  - c. Menyediakan kriteria guna mengevaluasi hasil keperawatan.
  - d. Menyediakan kriteria klasifikasi klien.
2. Tujuan klinik
  - a. Merupakan petunjuk dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
  - b. Sebagai alat komunikasi
  - c. Merupakan gambaran intervensi yang spesifik.

## C. KLASIFIKASI PERENCANAAN KEPERAWATAN

Pengklasifikasian perencanaan atau biasa disebut intervensi keperawatan, dimaksudkan untuk memudahkan penelusuran intervensi keperawatan, memudahkan untuk memahami beraneka ragam intervensi keperawatan yang sesuai dengan area praktik dan atau cabang disiplin ilmu, serta memudahkan pengkodean. Pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) menggunakan klasifikasi yang sama dengan klasifikasi Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang diadaptasi dari international Classification of Nursing Practice-Diagnosis Classification.



*Gambar 4.1. Klasifikasi Intervensi Keperawatan Indonesia  
(Sumber : PPNI, 2018)*

#### D. KOMPONEN PERENCANAAN KEPERAWATAN

Setiap perencanaan keperawatan pada standar ini terdiri dari tiga komponen yaitu :

##### 1. Label

Merupakan nama dari intervensi keperawatan yang merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan tersebut. Label intervensi keperawatan berfungsi sebagai descriptor

atau penjelas dari intervensi keperawatan. Terdapat delapan belas descriptor pada label intervensi keperawatan:

*Tabel 4.1. Deskriptor Label Intervensi*

No	Deskriptor	Definisi
1	Dukungan	Memfasilitasi, memudahkan atau melancarkan
2	Edukasi	Mengajarkan atau memberikan informasi
3	Kolaborasi	Melakukan kerjasama atau interaksi
4	Konseling	Memberikan bimbingan
5	Konsultasi	Memberikan informasi tambahan atau pertimbangan
6	Latihan	Mengajarkan sesuatu keterampilan atau kemampuan
7	Manajemen	Mengidentifikasi dan mengelola
8	Pemantauan	Mengumpulkan dan menganalisis data
9	Pemberian	Menyiapkan dan memberikan
10	Pemeriksaan	Mengobservasi dengan teliti
11	Pencegahan	Meminimalkan risiko atau komplikasi
12	Pengontrolan	Mengendalikan
13	Perawatan	Mengidentifikasi dan merawat
14	Promosi	Meningkatkan
15	Rujukan	Menyusun penatalaksanaan lebih lanjut
16	Resusitasi	Memberikan tindakan secara cepat untuk mempertahankan kehidupan
17	Skrining	Mendeteksi secara dini
18	Terapi	Memulihkan kesehatan dan/atau menurunkan risiko

Sumber : PPNI (2018)

## 2. Definisi

Menjelaskan tentang makna dari label intervensi keperawatan. Definisi label diawali dengan kata kerja berupa perilaku yang dilakukan oleh perawat.

### **3. Tindakan**

Komponen ini merupakan rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari :

a. Observasi

Tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan klien. Umumnya menggunakan kata : periksa, identifikasi atau monitor.

b. Terapeutik

Tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan klien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan klien. Umumnya menggunakan kata : berikan, lakukan.

c. Edukasi

Tindakan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan klien merawat dirinya dengan membantu klien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalah. Umumnya menggunakan kata : ajarkan, anjurkan dan latih.

d. Kolaborasi

Tindakan yang membutuhkan kerjasama baik dengan perawat lainnya atau dengan profesi kesehatan lainnya. Tindakan ini hanya dilakukan jika klien membutuhkan penanganan lebih lanjut. Umumnya menggunakan kata : kolaborasi, rujuk atau konsultasikan.

## **E. PROSES PERUMUSAN PERENCANAAN KEPERAWATAN**

Adapun beberapa tahapan yang dilakukan dalam perencanaan keperawatan, yaitu:

### **1. Menentukan prioritas diagnosis keperawatan**

Prioritas diagnosis keperawatan dimaksudkan untuk menentukan masalah yang akan menjadi skala prioritas untuk diselesaikan atau diatasi terlebih dahulu. Pada kenyataannya, perawat tidak mampu

menyelesaikan permasalahan klien secara bersamaan, sehingga perlu diupayakan memprioritaskan diagnosis. Penetapan prioritas akan dipengaruhi oleh faktor-faktor persepsi klien terhadap prioritas, untuk itu menanyakan kepada klien tentang apa yang dirasakannya merupakan hal yang penting. Prioritas pertama diartikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian perawat karena dapat mempengaruhi status kesehatan klien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain.

Prioritas diagnosis dibedakan dengan diagnosis yang penting. Prioritas diagnosis merupakan diagnosis keperawatan yang jika tidak diatasi saat ini akan berdampak buruk terhadap kondisi status fungsi kesehatan klien. Sedangkan diagnosis penting adalah diagnosis atau masalah kolaboratif dimana intervensi dapat ditunda tanpa mempengaruhi status fungsi kesehatan klien.

Beberapa teknik membuat skala prioritas antara lain:

a. Standar V, Standar Asuhan Keperawatan

Dalam standar ini, dititikberatkan pada masalah yang mengancam kehidupan. Skala prioritasnya ditentukan dengan konsep :

- 1) Prioritas pertama : Masalah yang mengancam kehidupan.
- 2) Prioritas kedua : Masalah yang mengancam kesehatan.
- 3) Prioritas ketiga : Masalah yang mempengaruhi perilaku manusia.

b. Standar prioritas kebutuhan dari Maslow:

- 1) Prioritas pertama : Masalah yang berhubungan dengan kebutuhan fisiologis seperti respirasi, sirkulasi, nutrisi, hidrasi, eliminasi, suhu dan kesenjangan fisik.
- 2) Prioritas kedua : Masalah yang berpengaruh pada keselamatan dan keamanan.
- 3) Prioritas ketiga : Masalah yang berpengaruh terhadap cinta dan rasa memiliki.



- 4) Prioritas keempat : Masalah yang berpengaruh pada rasa harga diri.
- 5) Prioritas kelima: Masalah yang berpengaruh pada kemampuan mencapai sasaran pribadi atau aktualisasi diri.

Dari beberapa pendekatan tersebut, perawat dapat menggunakan salah satu atau dapat mempertimbangkan beberapa pendekatan sekaligus. Selain itu, respon klien juga penting untuk diperhatikan. Untuk membuat skala prioritas, perawat hendaknya melibatkan klien dan keluarga sehingga dapat diambil kesepakatan masalah mana yang akan diatasi terlebih dahulu. Akan tetapi, jika dalam kondisi gawat darurat, perawat dapat mengambil keputusan sepihak dengan tetap mengacu pada penetapan skala yang rasional.

## **2. Menetapkan tujuan dan kriteria hasil**

Tujuan dalam rencana keperawatan adalah perubahan perilaku klien yang diharapkan oleh perawat setelah tindakan berhasil dilakukan. Tujuan dan hasil akan memberikan fokus yang jelas untuk tindakan yang dibutuhkan oleh klien. Tujuan dalam rencana keperawatan bersifat realistis dan didasarkan pada kebutuhan dan sumber daya klien. Tujuan yang baik adalah tujuan yang dapat mengarahkan aktivitas asuhan keperawatan.

### **a. Tujuan Perawatan**

Saat merumuskan tujuan, ada beberapa petunjuk umum yang perlu diperhatikan, yaitu :

- 1) Tujuan dinyatakan dengan istilah hasil yang ingin dicapai, bukan tindakan keperawatannya.
- 2) Tujuan keperawatan harus menggambarkan perilaku klien yang dapat diamati dan diukur.
- 3) Tujuan harus realistis, mencerminkan kemampuan dan keterlibatan klien.
- 4) Setiap tujuan berdasarkan dari satu diagnosis keperawatan.,

Kriteria yang dapat mengukur keberhasilan tujuan mengandung unsur SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Realistic, dan Time Limited*).

*Tabel 4.2 Unsur SMART*

<i>Specific</i>	Tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda
<i>Measurable</i>	Harus dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan dan dibau
<i>Achievable</i>	Tujuan harus dapat dicapai
<i>Realistic</i>	Tujuan harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah
<i>Time-limited</i>	Batasan waktu untuk mencapai tujuan

b. Kriteria Hasil

Dalam penyusunan kriteria hasil atau luaran, perawat dapat menggunakan pedoman Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Luaran keperawatan dapat berupa luaran positif dan luaran negatif. Komponen dalam luaran keperawatan meliputi :

1) Label

Merupakan nama luaran keperawatan yang berupa kata-kata kunci informasi luaran.

2) Ekspektasi

Merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan. Umumnya menggunakan kata : meningkat, menurun, atau membaik.

3) Kriteria hasil

Merupakan karakteristik klien yang dapat diamati atau diukur. Kriteria hasil dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi.

Contoh penulisan tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 jam, diharapkan bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil: batuk efektif

meningkat, produksi sputum menurun, mengi menurun dan frekuensi nafas 12-20 kali permenit.

### **3. Merumuskan rencana tindakan keperawatan**

Dalam membuat rencana tindakan keperawatan, perawat harus mengetahui instruksi atau perintah tindakan keperawatan yang akan dilakukan dari pembuat asuhan keperawatan (perawat primer). Secara umum, rencana asuhan keperawatan tertulis terdiri atas prioritas diagnosis keperawatan, tujuan dan hasil yang diharapkan dan intervensi keperawatan yang spesifik sehingga setiap perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan klien dengan cepat. Dalam menentukan rencana keperawatan, perawat perlu mempertimbangkan beberapa faktor berikut :

- a. Karakteristik diagnosis keperawatan
- b. Luaran (outcome) yang diharapkan
- c. Kemampulaksanaan intervensi keperawatan
- d. Kemampuan perawat
- e. Penerimaan klien
- f. Hasil penelitian

### **4. Menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan**

Rasional tindakan keperawatan adalah dasar pemikiran atau alasan ilmiah yang mendasari ditetapkannya rencana tindakan keperawatan. Kegiatan ini umumnya digunakan untuk proses pembelajaran, dengan harapan mahasiswa terbiasa menerapkan pola pikir ilmiah sebagai dasar pengambilan keputusan dalam menetapkan rencana keperawatan. Rasional tindakan keperawatan ditulis dengan bahasa yang mudah dipahami. Contoh pembuatan rasional tindakan keperawatan:

Tabel 4.3 Contoh Rasional Tindakan Keperawatan

<b>Rencana Tindakan</b>	<b>Rasional</b>
Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam	Teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan pasikoan oksigen sehingga dapat menurunkan metabolisme anaerob yang menghasilkan asam laktat dan menurunkan rasa nyeri

## BAGIAN 5

### ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM KARDIOVASKULER

#### A. PENGERTIAN

Penyakit kardiovaskular adalah penyakit dimana kemampuan suatu jantung yang memompa/mengalirkan darah mengalami disfungsi. Angina tidak stabil adalah suatu keadaan yang terasa seperti nyeri dada atau tidak nyamannya suatu hal di dada karena penyakit arteri koroner. Hal ini karena pembuluh darah di bagian jantung yang tidak dapat memasok oksigen ke jantung secara maksimal. Keadaan ini disebabkan oleh penumpukan plak yang mempersempit pembuluh darah pada bagian jantung menjadi mngecil/menyempit (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Hasil studi WHO (2015) memperlihatkan bahwa penyakit kardiovaskular menjadi penyebab kematian pertama di dunia, menyebabkan 31 persen kematian. Menurut survey Kemenkes RI tahun 2014, prevalensi penyakit jantung koroner berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia 0,5% atau diperkirakan 883.447 orang, sedangkan melihat dari diagnosis dokter/gejala dengan besaran 1,5% atau diperkirakan berdasarkan diagnosis/gejala medis 2.650.340 orang (Kemenkes Republik Indonesia, 2014).

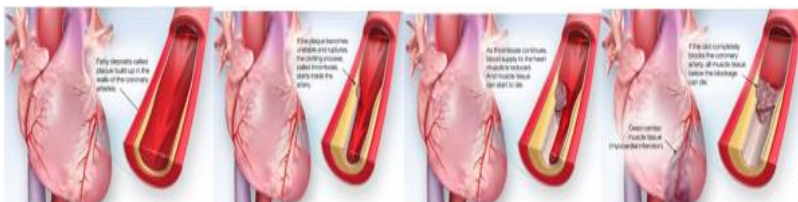
#### B. PATOFISIOLOGI

Aterosklerosis dimulai ketika kolesterol berlemak tertimbun di intima arteri besar. Timbunan ini dinamakan atheroma atau plak akan mengganggu absorsi nutrient oleh sel – sel endotel yang menyusun lapisan dinding dalam pembuluh darah dan menyumbat aliran darah karena timbunan ini menonjol ke lumen pembuluh darah.

Endotel pembuluh darah yang terkena akan mengalami nekrotik dan menjadi jaringan parut, selanjutnya lumen menjadi semakin sempit dan aliran darah terhambat. Pada lumen yang menyempit dan ber dinding kasar akan cenderung terjadi pembentukan bekuan darah, hal ini menjelaskan bagaimana terjadinya koagulasi intravaskuler diikuti oleh penyakit tromboemboli yang merupakan komplikasi tersering aterosklerosis.

Berbagai teori mengenai bagaimana lesi aterosklerosis terjadi telah diajukan, tetapi tidak satupun yang terbukti secara meyakinkan, mekanisme yang mungkin adalah pembentukan thrombus pada permukaan plak dan penimbunan lipid terus menerus bila fibrosa pembungkus plak pecah maka debris lipid akan terhanyut dalam aliran darah dan menyumbat arteri dan kapiler disebelah distal plak yang pecah.

Struktur anatomi arteri koroner membuatnya rentan terhadap mekanisme aterosklerosis. Arteri berpilin dan berkelok – kelok saat memasuki jantung, menimbulkan kondisi yang rentan untuk terbentuknya atheroma (Brunner & Suddarth 2016).



*Gambar 5.1 Aterosklerotik*

*Sumber: American Heart Association (2018)*

## C. ANATOMI JANTUNG

### 1. Struktur Jantung

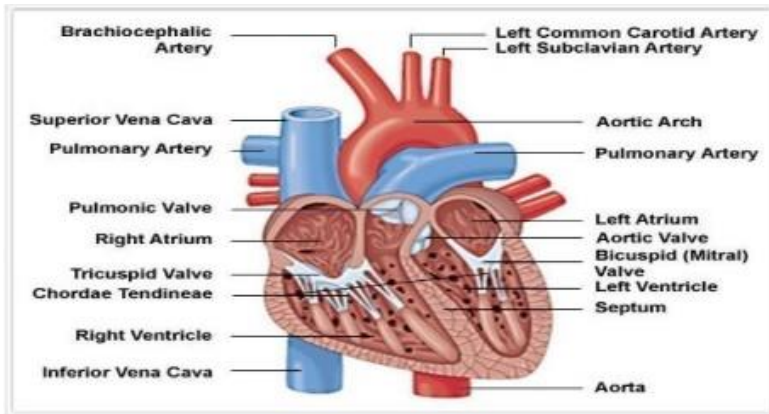
Jantung berada di rongga dada, dekat median antara tulang dada dan tulang belakang (tulang belakang). Lokasi jantung berada di sebelah kiri bidang median sternum. Bagian anterior jantung dikelilingi oleh tulang dada dan tulang rusuk 3, 4, dan 5. Batas kranial jantung dibentuk oleh aorta ascendens, arteri pulmonalis, dan vena cava superior. Ukuran hati orang dewasa adalah 12 cm. Lebar 9 cm dan berat 300-400 gram (Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017).

Jantung memiliki dua bagian yaitu atrium dan ventrikel dibagi menjadi empat ruang yaitu atrium dextra, atrium sinistra dan ventrikel dextra, ventrikel sinistra. Septum merupakan batas kedua belah jantung untuk mencegah adanya pencampuran darah, dimana bagian kanan yang mengalirkan darah mengandung sedikit oksigen dan bagian kiri yang mengalirkan darah mengandung oksigen (Setiadi, 2016).

Jantung memiliki dua katup (pintu), katup atrioventrikular dan katup bulan sabit (semilunaris). Katup jantung memastikan bahwa darah mengalir dari ventrikel dalam satu arah. Saat tekanan berubah, perbedaan tekanan menyebabkan setiap katup membuka dan menutup dalam satu arah, bukan dalam arah yang berlawanan (Setiadi, 2016).

Menurut (Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017) Jantung memiliki tiga lapisan dinding yang berbeda, yaitu :

- a. Perikardium (lapisan luar)
- b. Miokardium (tengah)
- c. Endokardium (dalam)



*Gambar 5.1 Anatomi jantung (Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017)*

#### D. MANIFESASI KLINIS

Aterosklerosis coroner menimbulkan gejala dan komplikasi sebagai akibat penyempitan lumen arteri dan penyumbatan aliran darah ke jantung. Sumbatan aliran darah berlangsung progresif, dan suplai darah yang tidak adekuat (iskemia) yang ditimbulkannya akan membuat sel-sel otot kekurangan komponen darah yang dibutuhkan untuk hidup. Kerusakan sel akibat iskemia terjadi dalam berbagai tingkat. Manifestasi utama iskemia miokardium adalah nyeri dada. Angina pectoris adalah nyeri dada yang hilang timbul, tidak disertai kerusakan ireversibel sel-sel jantung. Iskemia yang lebih berat, disertai kerusakan sel dinamakan infark miokardium. Jantung yang mengalami kerusakan ireversibel akan mengalami degenerasi dan kemudian diganti dengan jaringan parut. Bila kerusakan jantung sangat luas, jantung akan mengalami kegagalan, artinya, ia tidak mampu lagi memenuhi kebutuhan tubuh akan darah dengan memberikan curah jantung yang adekuat. Manifestasi klinis lain penyakit arteri coroner dapat berupa perubahan pola EKG, aneurisma ventrikel, distritma, dan kematian mendadak (Brunner & Suddarth 2016).



## **E. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK**

Beberapa pemeriksaan diagnostik yang dilakukan antara lain:

1. Tes laboratorium seperti enzim jantung dan kimia darah
2. Elektrokardiogram (EKG)
3. Echokardiogram
4. Katerisasi pembuluh coroner
5. CT angiogram koroner
6. Magnetic Resonance Angiogram (MRA)

## **F. KOMPLIKASI**

Komplikasi penyakit arteri koroner sangat bergantung pada ukuran dan lokasi iskemia serta infark yang mengenai miokardium. Menurut price dan wilson (2006),

1. Gagal jantung kongestif
2. Syok kardiogenik
3. Edema paru akut
4. Disfungsi otot papilaris
5. Defek septum ventrikel
6. Ruptur jantung
7. Aneurisma ventrikel
8. Tromboembolisme
9. Aritmia Perikarditis
10. Aritmia

## **G. PENCEGAHAN**

Tujuan utama dalam mengidentifikasi dan mengurangi factor resiko adalah untuk mencegah penyakit jantung coroner. Pencegahan bisa bersifat primer atau sekunder. Pencegahan primer meliputi segala usaha yang dilakukan sebelum timbul gejala proses penyakit, sedangkan pencegahan sekunder meliputi usaha yang dilakukan

untuk mengurangi perkembangan atau mencegah kekambuhan proses penyakit (Brunner & Suddarth 2016).

## **H. PENATALAKSANAAN**

### **1. Tatalaksana non medikamentosa**

- a. Tirah baring
- b. Pemberian oksigen 2-4 liter/menit.

### **2. Tatalaksana medikamentosa**

Tujuan awal tata laksana infark miokard akut yaitu mengembalikan perfusi miokard sesegera mungkin, meredakan nyeri, serta mencegah dan tata laksana komplikasi (Asikin, Nuralamsyah, Susaldi, 2016). Tata laksana awal meliputi :

- a. Pemberian oksigen tambahan melalui sungkup/kanula hidung dan pemantauan saturasi oksigen
- b. Mengurangi nyeri dada
- c. Terapi fibrinolitik dengan pemberian tissue-type plasminogen activator serta aspirin dan heparin dalam waktu 90 menit sejak onset gejala
- d. Modifikasi pola hidup
- e. Obat penghambat enzim pengonversi angiotensin (ACE inhibitor) untuk mengurangi preload dan afterload.
- f. Beta blocker untuk menurunkan kecepatan denyut jantung, sehingga kerja jantung menjadi berkurang.
- g. Statin untuk menurunkan kolesterol yang merupakan penyebab aterosklerosis
- h. Pembedahan

## **I. ASUHAN KEPERAWATAN**

### **1. Pengkajian**

- a. Identitas pasien
- b. Keluhan utama : nyeri dada dan perasaan sulit bernapas
- c. Riwayat kesehatan dahulu

- d. Riwayat kesehatan keluarga
- e. Riwayat kesehatan sekarang
- f. Pengkajian Psikososial
- g. Pemeriksaan fisik pada, B1 (Breathing), B2 (Blood/Sirkulasi), B3 (Brain/Neurologi), B4 (Bladder/Perkemihan), B5 (Bowel/Gastrointestinal), dan B6 (Bone/Muskuloskeletal).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul yaitu :

- a. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, ketidakseimbangan suplai darah dan oksigen dengan kebutuhan miokardium sekunder dan penurunan suplai darah ke miokardium.
- b. Aktual/resiko tinggi Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload.
- c. Aktual/resiko tinggi pola napas tidak efektif berhubungan dengan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, penurunan energi, posisi tubuh menghambat ekspansi paru.
- d. Aktual/resiko tinggi Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan curah jantung.
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen.
- f. Ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan.

## 3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan dibuat menurut Diagnosa (SDKI ( PPNI 2017), Intervensi menurut (SIKI (PPNI 2018), Tujuan dan kriteria hasil menurut (SIKI (PPNI 2018).

- a. Nyeri Akut (D.0077 hal. 172)

Tujuan: menunjukkan nyeri menurun atau hilang, dengan Kriteria hasil (L.08066 hal. 145): Klien mengatakan nyeri berkurang, klien dapat menggunakan teknik non farmakologis. Intervensi (1.08238 hal. 201): Kaji nyeri, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan faktor presipitasi, observasi reaksi ketidaknyamanan secara non verbal, ajarkan cara terapi non farmakologis, kolaborasi dalam pemberian analgetik.

b. Penurunan Curah Jantung (D.0008 hal. 34)

Tujuan: menunjukkan peningkatan curah jantung dengan Kriteria Hasil (L.02008 hal. 20): Tanda-tanda vital dalam batas normal, irama jantung reguler, keseimbangan balance cairan, tidak ada edema paru, perifer, asites, dan capillary refill <3 detik. Intervensi (1.02075 hal. 317): observasi, auskultasi bunyi jantung, observasi pucat atau sianosis, hitung haluaran 24jam, berikan pendidikan kesehatan tentang istirahat cukup, berikan posisi semi fowler atau fowler, lakukan pemeriksaan EKG, Rontgen thorax, dan Echokardiografi, Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi, pemberian terapi oksigen sesuai indikasi.

c. Pola napas tidak efektif ( D.0005 hal. 26)

Tujuan : Menunjukkan pola napas membaik, dengan Kriteria Hasil (L.01004 hal. 95): Pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi napas normal, tidak ada penggunaan otot bantu napas, kedalaman napas membaik. Intervensi (1.01011 hal. 186): Observasi pola napas seperti frekuensi, kedalaman, usaha napas, Observasi bunyi napas tambahan, posisikan semi fowler atau fowler, kolaborasi pemberian oksigen, bronkodilator, ekspektoran.

d. Perfusi perifer tidak efektif (D.0015 hal. 48)

Tujuan: Perfusi jaringan perifer menjadi efektif, dengan Kriteria Hasil (L.02011 hal. 84): Tanda - tanda vital dalam batas normal, warna kulit normal, suhu kulit hangat, kekuatan fungsi otot normal. Intervensi (1.06195 hal. 218): Monitor daerah yang

hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul, monitor adanya parestesi, instruksikan keluarga untuk observasi kulit jika ada laserasi.

e. Intoleransi Aktivitas (D.0056 hal. 128)

Tujuan: menunjukkan toleransi aktivitas meningkat dengan Kriteria Hasil (L.05047 hal. 149): Tanda-tanda vital dalam batas normal, lelah menurun, dispnea saat aktivitas maupun setelah aktivitas menurun. Intervensi (I.05186 hal. 415): ukur tanda-tanda vital sebelum dan setelah aktivitas, observasi adanya disritmia, pucat, catat keluhan yang dialami selama dan setelah aktivitas, anjurkan istirahat yang cukup, bantu klien melakukan aktivitas sesuai kemampuan.

4. Implementasi Keperawatan

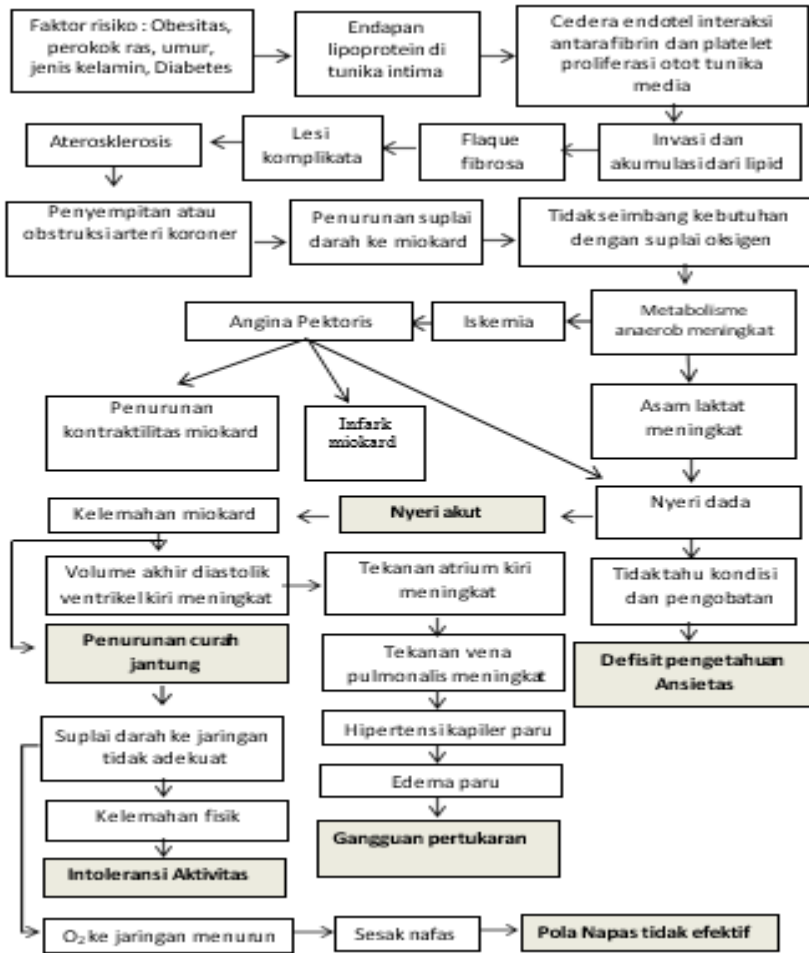
Menurut Muttaqin (2014), Implementasi keperawatan pada klien kelainan kardiovaskuler di sesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dan di sesuaikan dengan apa yang dibutuhkan oleh klien.

5. Evaluasi Keperawatan

SLKI (2019), hasil yang diharapkan dari proses keperawatan pada klien Unstable Angina Pectoris (UAP) adalah :

- a. Nyeri tidak ada.
- b. Menunjukkan peningkatan curah jantung.
- c. Tanda – tanda vital kembali normal, dan tidak terjadi kelebihan volume cairan : Tidak sesak, tidak ada edema ekstremitas.
- d. Risiko penurunan Perfusi perifer tidak menjadi aktual.
- e. Menunjukkan peningkatan dalam melakukan aktivitas.

J. WOC

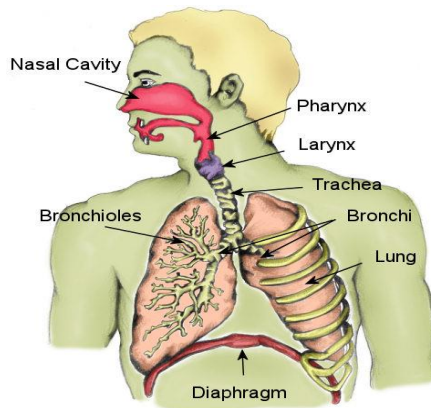


Gambar 5.2 Way Of Caution (WOC) Angina Pectoris  
 Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015

## BAGIAN 6

### ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM RESPIRASI

#### A. REVIEW ANATOMI DAN FISILOGI SISTEM RESPIRASI



Gambar 6.1 Sistem Respirasi

Sistem respirasi adalah proses dimana manusia menghirup udara yang kaya akan oksigen ( $O^2$ ), kemudian dihembuskan sebagai sisa oksidasi didalam tubuh yang memiliki kandungan karbondioksida ( $CO^2$ ). Proses Ketika menghirup udara disebut dengan inspirasi, sedangkan Ketika menghembuskan udara disebut dengan ekspirasi. Respirasi atau pernafasan sangat penting bagi kelanjutan kehidupan manusia. Fungsi utama dari pernafasan adalah menyediakan oksigen yang cukup untuk kebutuhan metabolisme tubuh, serta membuang sampah sisa metabolisme. Apabila manusia tidak dapat bernafas dalam beberapa saat, maka ia akan mengalami kekurangan oksigen, hingga dapat menyebabkan kematian. Adapun organ yang berperan penting pada system respirasi manusia yakni dimulai dari hidung, faring, laring, trakea, bronkus, dan alveolus.

## 1. Hidung

Hidung adalah satu-satunya bagian sistem pernapasan yang terlihat secara eksternal, yang merupakan pintu masuk utama udara Ketika manusia bernafas. Adapun fungsi penting dari hidung adalah sebagai berikut :

a. Sebagai saluran udara.

Hidung sebagai saluran alami pernafasan, dimana dengan adanya hidung membuat manusia dapat bernafas dan makan pada waktu yang bersamaan.

b. Membersihkan udara

Ketika melakukan inspirasi, kemungkinan udara yang dihirup tersebut mengandung partikel-partikel bebas, maka dengan adanya rambut hidung atau vibrissae, udara yang dihirup akan menjadi lebih bersih.

c. Melembabkan udara

Udara didalam hidung akan mengalami peningkatan kelembapan oleh karena adanya mucus, uap air yang dihasilkan saat ekspirasi. Proses melembabkan ini bertujuan untuk memelihara integritas dan fungsi silia epitel.

d. Sebagai indra penghidu

Hidung memiliki sel dengan kemoreseptor penciuman yang terdapat pada membrane olfaktori dibagian atap cavum nasi, sehingga dapat mencium berbagai bau-bauan. Hal ini juga sebagai fungsi protektif dan kewaspadaan ketika mencium bau gas berbahaya.

## 2. Faring

Faring merupakan saluran udara terbentuk dari otot. Faring terbagi menjadi tiga bagian yaitu nasofaring, orofaring, dan laringofaring. Secara umum, fungsi faring adalah membantu sistem pencernaan dan pernapasan agar bisa berjalan baik.



### 3. Laring

Laring dimulai dari kartilago epiglottis hingga setinggi kartilago krikoid. saluran pernapasan yang membawa udara menuju ke trakea.

Laring memiliki beberapa peran yaitu :

- a. Mencegah makanan dan minuman masuk kedalam saluran nafas.
- b. Produksi suara (phonasi)

### 4. Trakea

Trakea terusun atas otot halus dan tulang rawan yang bentuknya seperti cincin, yang menghubungkan laring dengan bronkus. Beberapa fungsi penting dari trakea yaitu :

- a. Meneruskan udara menuju ke paru-paru
- b. Membantu system pencernaan

Hal ini terjadi karena trakea bisa memberikan ruang yang lebih longgar supaya tulang-tulang rawan yang ada di kerongkongan menjadi lebih fleksibel. Sehingga hal ini membuat proses menelan makanan menjadi semakin mudah.

- c. Mencegah masuknya benda asing

Hal ini dikarenakan adanya lendir dan rambut-rambut kecil atau silia yang terdapat pada dinding trakea.

- d. Membantu batuk

Ketika batuk, otot trakea akan mengalami kontraksi, hal ini akan menyebabkan udara lebih mudah keluar saat batuk.

### 5. Bronkus

Bronkus adalah saluran udara yang mengarah dari trakea ke paru-paru kanan dan kiri, dan kemudian bercabang menjadi struktur yang semakin kecil (bronkiolus).

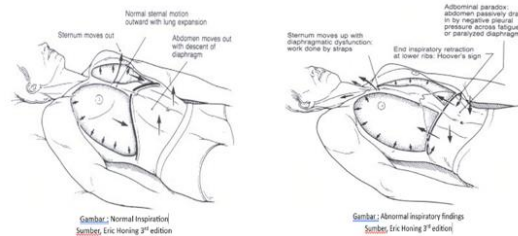
### 6. Alveolus

Alveolus merupakan struktur seperti gelembung yang bergerombol. Meski tampak seperti gerombolan anggur, namun tidak seperti anggur yang memiliki kulit yang terpisah satu dengan yang lainnya. Alveolus satu dengan yang lainnya saling berbagi dinding seperti

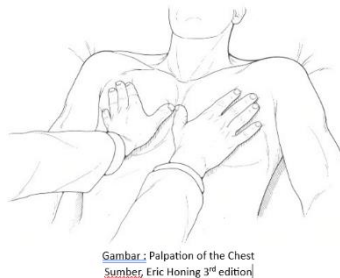
dinding sarang lebah. Fungsi alveolus adalah sebagai tempat pertukaran oksigen dan karbon dioksida dalam sistem pernapasan.

## B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA SISTEM RESPIRASI

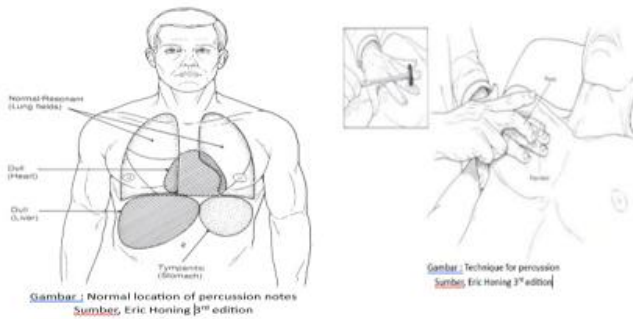
1. Pengkajian pada sistem respirasi
  - a. Pengertian: Pengkajian fisik sistem pernafasan merupakan pemeriksaan dada dan sistem pernapasan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
  - b. Tujuan : Mahasiswa diharapkan mampu melakukan pemeriksaan fisik sistim pernafasan yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi secara berurutan dan mampu mengetahui keadaan normal dan abnormal pada sistim tersebut.
  - c. Peralatan : Stetoskop
  - d. Langkah - langkah : Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi



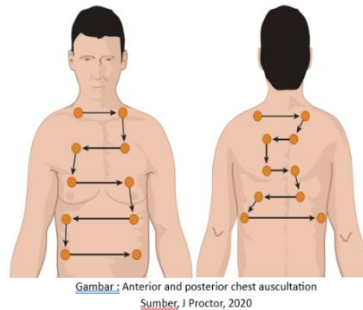
*Gambar 6.1 Teknik inspeksi pada pemeriksaan fisik sistem respirasi*



*Gambar 6.2 Teknik palpasi pada pemeriksaan fisik sistem respirasi*



*Gambar 6.3 Teknik perkusi pada pemeriksaan fisik sistem respirasi*



*Gambar 6.4 Lokasi auskultasi pada pemeriksaan fisik sistem respirasi*

## 2. Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
Bersihan jalan nafas tidak efektif	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan Bersihan Jalan Nafas dapat meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun	Latihan Batuk Efektif O : Identifikasi kemampuan batuk T /N: Atur posisi fowler atau semi fowler E :

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
	4. Frekuensi nafas 12-20 kali/menit	Jelaskan prosedur dan tujuan batuk efektif K : Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu
Pola nafas tidak efektif	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan Pola Nafas dapat membaik, dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Dispnea menurun 3. Bunyi nafas tambahan menurun 4. Nafas cuping hidung menurun	Manajemen Jalan Nafas O : Monitor posisi selang endotrakeal (ETT) T/N: Kurangi tekanan balon secara periodik tiap shift Cegah ETT terlipat E : Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan jalan nafas buatan K : Kolaborasi intubasi ulang jika terbentuk mucous plug yang tidak dapat dilakukan penghisapan
Gangguan ventilasi spontan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan Ventilasi Spontan dapat meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Volume tidal meningkat 2. Dispnea menurun 3. Gelisah menurun 4. PCO <sup>2</sup> membaik	Dukungan Ventilasi O : Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas T/N : Pertahankan kepatenan jalan nafas E : Ajarkan melakukan Teknik relaksasi nafas dalam K :

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
		Kolaborasi pemberian bronchodilator, jika perlu
Gangguan pertukaran gas	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan Pertukaran Gas dapat meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Pusing menurun 3. PCO2 membaik 4. Sianosis membaik	Pemantauan Respirasi O : Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan Upaya nafas Monitor pola nafas Monitor nilai AGD T/N : Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien E : Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
Gangguan penyapihan ventilator	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan Penyapihan Ventilator dapat meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Penggunaan otot bantu nafas menurun 2. Agitasi menurun 3. Frekuensi nafas membaik 4. Gaspings menurun 5. Nafas dangkal menurun	Penyapihan Ventilasi Mekanik O : Periksa kemampuan untuk disapah Monitor tanda-tanda kelelahan otot pernafasan T/N : Posisikan pasien semi fowler E : Ajarkan cara pengontrolan nafas saat penyapihan K : Kolaborasi pemberian obat yang meningkatkan kepatenan jalan nafas dan pertukaran gas

### 3. Implementasi dan Evaluasi (contoh salah 1 diagnosa prioritas)

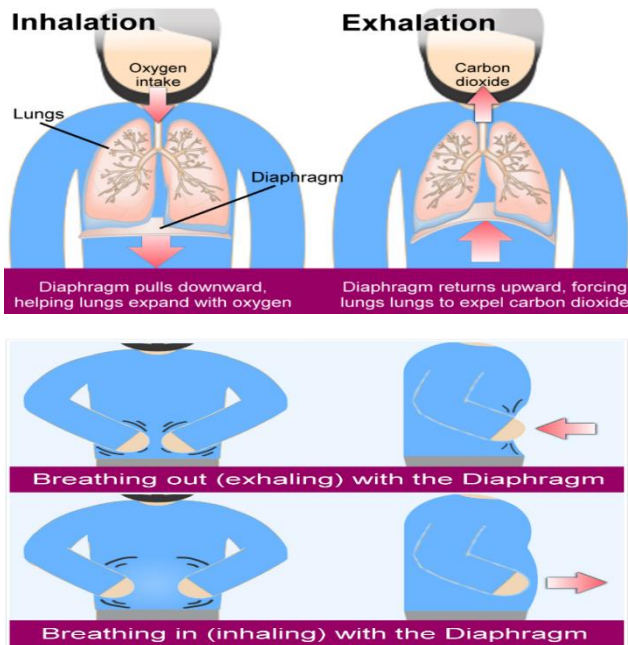
Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Bersihan jalan nafas tidak efektif	<p>Hari/ Tanggal/ Jam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi kemampuan batuk pada pasien</li> <li>• Memberikan posisi nyaman pada pasien (semi fowler)</li> <li>• Menganjurkan klien untuk minum air hangat</li> <li>• Mengajarkan teknik batuk efektif pada pasien serta melibatkan keluarga</li> <li>• Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat ekspektoran</li> </ul>	<p><b>S :</b> Klien mengatakan dahak sudah mulai keluar setelah melakukan batuk efektif</p> <p><b>O :</b> Suara nafas mengi klien berkurang RR : 22 x/ menit</p> <p><b>A :</b> Masalah bersihan jalan nafas teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> *Anjurkan klien banyak minum hangat *Tetap lakukan batuk efektif</p>

## C. TINDAKAN YANG DILAKUKAN PADA SISTEM RESPIRASI

### 1. Tindakan Keperawatan Latihan Nafas Dalam

- a. Pengertian: Latihan nafas dalam merupakan terapi nonfarmakologi, dimana perawat mengajarkan klien bagaimana cara melakukan napas dalam menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh.
- b. Tujuan :
  - 1) Meningkatkan kapasitas paru

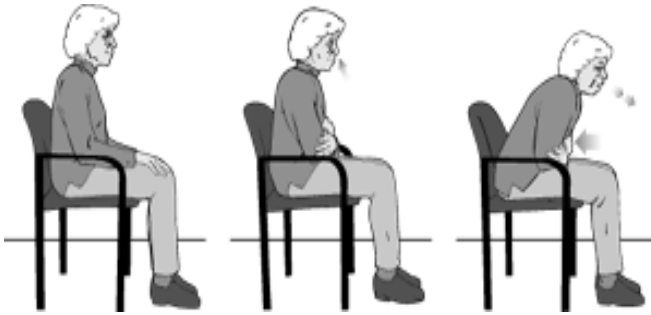
- 2) Mencegah atelectasis
- 3) Meningkatkan relaksasi otot



*Gambar 6.5 Teknik inhalasi dan ekshalasi*

## 2. Tindakan Keperawatan Latihan Batuk Efektif

- a. Pengertian : Batuk efektif merupakan suatu metode batuk dengan benar dimana energi dapat dihemat sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal.
- b. Tujuan :
  - 1) Membebaskan jalan napas dan akumulasi sekret
  - 2) Mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostik
  - 3) Mengurangi sesak napas akibat akumulasi sekret



*Gambar 6.6 Batuk efektif*

### 3. Tindakan Keperawatan Fisioterapi Dada

a. Pengertian : Fisioterapi dada adalah tindakan untuk melepaskan sekret dari saluran pernapasan bagian bawah.

Fisioterapi dada terdiri dari :

- 1) Perkusi atau clapping yaitu tepukan tangan membentuk mangkuk kepunggung klien.
- 2) Vibrasi yaitu tindakan penggetaran dengan kekuatan tangan untuk pengeluaran sekret.
- 3) Postural drainage yaitu pengaturan posisi untuk mengalirkan sekret jalan napas segmen paru dengan pengaruh gravitasi.

b. Tujuan :

- 1) Membantu melepaskan atau mengeluarkan sekret yang melekat di jalan napas dengan memanfaatkan gaya gravitasi.
- 2) Membebaskan jalan napas dan mengurangi sesak nafas akibat dari akumulasi sekret



*Gambar 6.7 Fisioterapi dada*



#### 4. Tindakan Keperawatan Nebulisasi

a. Pengertian :

Nebulisasi adalah pemberian inhalasi uap dengan obat / tanpa obat menggunakan nebulator.

b. Tujuan :

- 1) Mengencerkan sekret agar mudah dikeluarkan
- 2) Melonggarkan jalan napas



*Gambar 6.8 Nebulizer*

#### 5. Tindakan Keperawatan Suction

a. Pengertian : Suction adalah penghisapan sekret di jalan napas melalui karet/polyethylene yang dihubungkan dengan mesin suction.

b. Tujuan :

- 1) Mengeluarkan sekret/cairan pada jalan napas
- 2) Melancarkan jalan napas



*Gambar 6.9 Suction*

## 6. Tindakan Keperawatan Pemberian Oksigen

### a. Pengertian :

Pemberian oksigen adalah pemberian oksigen melalui hidung dengan menggunakan alat berupa kanule nasal / kateter nasal / masker.

### b. Tujuan : Mempertahankan dan memenuhi kebutuhan oksigen.



*Gambar 6.10 Nasal kanul dan masker*

## BAGIAN 7

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA SISTEM MUSKULUSKELETAL

#### A. ANATOMI TULANG

Komponen utama sistem muskuluskeletal adalah jaringan ikat. Sistem ini terdiri dari tulang, sendi, otot, rangka, tendon, ligamen, bursa, dan jaringan khusus yang menghubungkan struktur-struktur ini. Kerangka tulang merupakan kerangka yang kuat menyangga struktur tubuh. Sementara itu, otot yang melekat pada kerangka tulang memungkinkan tubuh untuk bergerak (Muttaqin, 2008).

Tulang terbentuk dari jaringan-jaringan mesenkim. Pada pembentukan tulang, zat-zat anorganik seperti kalsium, 11 fosfor, dan CO<sub>2</sub> sangat diperlukan., selain zat-zat protein dan lemak. Sementara itu, pertumbuhan tulang dipengaruhi oleh vitamin D dan hormon-hormon, seperti hormon tiroid dan pituitari. Sinar ultraviolet juga memiliki pengaruh dalam proses biokimia pertumbuhan tulang (Zairin, 2016). Komponen utama dari jaringan tulang adalah mineral dan jaringan organik (kolagen serta proteoglikan). Kalisium dan dosfat membentuk suatu kristal garam (hidroksiapatit), kemudian tertimbun pada matriks kolagen dan proteoglikan. Matriks tulang disebut sebagai suatu osteoid. Sekitar 70% dari osteoid adalah kolagen tipe I yang mempunyai kekakuan dan kekerasan tinggi pada tulang. Materi organik lain yang juga menyusun tulang adalah proteoglikan (Muttaqin, 2008).

Tulang diselimuti di bagian luarnya oleh periosteum, periosteum mengandung saraf, pembuluh darah dan limfatik. Endosteum adalah membran vaskuler tipis yang menutupi rongga sumsum tulang

panjang dan rongga dalam tulang kanelus. Sumsum tulang merupakan jaringan vaskuler dalam rongga. Sumsum (batang) tulang panjang dan tulang pipih, tulang kanelus menerima asupan darah yang sangat banyak melalui pembuluh metafisis dan epifisis (Muttaqin, 2008).

Secara garis besar, tulang dibagi menjadi enam:

- a. Tulang panjang (long bone), terdiri dari batang tebal panjang yang disebut diafisis dan dua ujung yang disebut epifisis. Di sebelah proksimal dari epifisis terdapat metafisis. Di antara epifisis dan metafisis terdapat daerah tulang rawan yang tumbuh, yang disebut lempeng epifisis atau lempeng pertumbuhan. Tulang panjang tumbuh karena akumulasi tulang rawan di lempeng epifisis. Tulang rawan digantikan oleh sel-sel tulang yang dihasilkan oleh osteoblas, dan tulang yang memanjang. Batang dibentuk oleh jaringan tulang yang padat. Epifisis dibentuk oleh jaringan tulang yang padat. Epifisis dibentuk dari spongi bone (cancellous atau trabecular). Pada akhir tahun remaja tulang rawan habis, lempeng epifisis berfusi, dan tulang berhenti tumbuh. Hormon pertumbuhan, estrogen, dan testosteron merangsang pertumbuhan tulang panjang. Estrogen, bersama dengan testosteron, merangsang fusi lempeng epifisis. Batang suatu tulang panjang memiliki rongga yang disebut kanalis medularis. Kanalis medularis berisi sumsum tulang (Abdul Wahid, 2013). Contoh tulang panjang adalah femur, tibia, fibula, ulna dan humerus (Muttaqin, 2008).
- b. Tulang pendek (short bone) Bentuknya tidak teratur dan inti dari cancellous (spongy) dengan suatu lapisan luar dari tulang yang padat (Abdul Wahid, 2013). Contohnya: tulang-tulang karpal (Muttaqin, 2008).
- c. Tulang pipih (flat bone) Misalnya tulang parietal, iga, skapula, dan pelvis (Muttaqin, 2008).

- d. Tulang yang tidak beraturan (irreguler bone) sama seperti dengan tulang pendek, misalnya tulang vertebra (Muttaqin, 2008).
- e. Tulang Sesamoid, merupakan tulang kecil yang terletak disekitar tulang yang berdekatan dengan persendian dan didukung oleh tendon dan jaringan faisal, misalnya patella (kap lutut) (Abdul Wahid, 2013). Misalnya tulang patela (Muttaqin ,2008).
- f. Tulang sutura (sutural bone) Ada di atap tengkorak (Muttaqin, 2008).

## B. FISIOLOGI TULANG

Beberapa fisiologi tulang adalah sebagai berikut:

1. Mendukung jaringan tubuh dan memberikan bentuk tubuh.
2. Melindungi organ tubuh (misalnya jantung, otak, dan paru-paru).
3. Memberikan pergerakan (otot yang berhubungan dengan kontraksi dan pergerakan).
4. Membentuk sel-sel darah merah didalam sumsum tulang belakang (hema topoiesis)
5. Menyimpan garam mineral, misalnya kalsium, fosfor. (Abdul Wahid, 2013).

Sedangkan menurut Muttaqin (2008) fungsi utama tulang adalah:

- 1) Membentuk rangka tubuh
- 2) Sebagai pengumpul dan tempat melekat otot
- 3) Sebagai bagan dari dalam tubuh untuk melindungi dan mempertahankan alat-alat dalam (seperti otak, sumsum tulang belakang, jantung, dan paru-paru)
- 4) Sebagai tempat mengatur dan defosit kalsium, fosfat, magnesium, dan garam
- 5) Ruang di tengah tulang tertentu sebagai organ yang mempunyai fungsi tambahan lain, yaitu sebagai jaringan hemopoietik untuk memproduksi sel darah merah, sel darah putih dan trombosit.

## C. SENDI DAN TULANG RAWAN

Sendi adalah tempat pertemuan dua atau lebih tulang tulang-tulang ini dipadukan dengan berbagai cara misalnya dengan kapsul sendi, pita fibrosa, ligamen, tendon, fasia, atau otot, secara umum sendi dibagi atas tiga tipe (Zairin, 2017):

1. Sendi fibrosa (sinartrodial) merupakan sendi yang tidak dapat bergerak
2. Sendi kartilaginosa (amfiartrodial) merupakan sendi yang dapat sedikit bergerak
3. Sendi sinovia (diartrodial) merupakan sendi yang dapat digerakkan dengan bebas

## D. ANATOMI DAN FISILOGI OTOT

### 1. Otot Rangka

Otot rangka merupakan organ tubuh yang mempunyai kemampuan mengubah energi kimia menjadi energi mekanik atau gerak sehingga dapat berkontraksi untuk menggerakkan rangka otot rangka bekerja secara volunter secara sadar atas perintah dari otak bergaris melintang bercorak dan berinti banyak di bagian perifer secara anatomis otot rangka terdiri atas jaringan konektif dan sel kontraktif.

Fungsi utama dari otot rangka yaitu melakukan kontraksi yang menjadi dasar terjadinya gerakan tubuh aktivitas otot rangka dikoordinasi oleh susunan saraf sehingga membentuk gerakan yang harmonis dari posisi tubuh yang tepat fungsi lain yaitu menyokong jaringan lunak menunjukkan pintu masuk dan keluar saluran dalam sistem tubuh serta mempertahankan suhu tubuh dengan pembentukan kalor saat kontraksi (Zairin, 2017).

### 2. Otot Polos

Otot polos memiliki sel yang berbentuk gelondongan. Otot ini tersusun atas sel otot polos. Ujung dari sel otot ini meruncing dan pada *sitoplasma* dikelilingi oleh *sarcoplasma* yang memiliki *myofibril*

sehingga otot polos mempunyai kemampuan untuk berkontraksi. *Myofibril* pada otot polos searah dengan panjang sel. Protein *aktin* dan *Myosin* merupakan komponen yang menyusun *myofibril*.

Otot polos mendapatkan rangsang susunan saraf tidak sadar sehingga merupakan otot *involunter* yang bekerja tidak di bawah kesadaran sehingga otot polos tidak cepat mengalami kelelahan. Oleh karena itu pada saat seseorang tidur, otot polos masih tetap bekerja.

### 3. Otot Jantung

Otot Jantung memiliki bentuk yang sama dengan otot lurik. Memiliki warna yang khas yaitu merah dan bersifat *involunter*. Kontraksi otot jantung bersifat ritmis dan otomatis. Otot jantung memiliki *sarcolemma* yang mirip dengan otot lurik dan berfungsi membungkus serat otot, Myofibril pada otot jantung terpisah sehingga terlihat guratan memanjang yang disebut *discus interkalaris*. Inti sel otot jantung berada di tengah sel.

Otot jantung merupakan otot lurik yang bersifat *involunter* dan ditemukan pada dinding jantung yaitu pada myocardium. Sel cardiomyocyte merupakan sel yang menyusun otot jantung, terdiri dari satu, dua atau empat inti sel. Otot ini dapat berkontraksi terus menerus tanpa berhenti karena memiliki fungsi khusus yaitu memompa darah di jantung. Syaraf simpatik dan parasimpatik dapat mempengaruhi kecepatan kerja otot jantung tetapi tidak membuat otot jantung dapat dikontrol secara sadar.

## E. ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM MUSKULOSKELETAL

### 1. Pengkajian Sistem Muskuloskeletal

#### a. Anamnesis

Wawancara atau anamnesis dalam pengkajian gangguan muskuloskeletal merupakan salah satu komponen utama yang dilaksanakan sebagian dari gangguan sistem muskuloskeletal

dapat tergalil melalui anamnesis yang baik dan teratur sehingga kita perlu meluangkan waktu yang cukup dalam melakukan anamnesis secara tekun dan menjadikannya kebiasaan pada setiap pengkajian awal.

Untuk memperoleh data yang baik, maka kita perlu menjadi pendengar yang baik dan memberikan pertanyaan yang terarah tanpa memberikan tekanan kepada pasien. Berilah waktu dan kesempatan yang cukup kepada pasien untuk memberikan tanggapan dengan mempergunakan kata-katanya sendiri. Dengan cara demikian perasaan yang terkandung di dalam diri pasien akan terungkap melalui ekspresi maupun kata-kata yang digunakan. Pada pasien bayi dan anak umumnya diperlukan bantuan orang tua atau keluarga untuk memperoleh anamnesis yang baik.

Berikut adalah beberapa tips agar proses anamnesis dapat optimal dilaksanakan:

- 1) Tenang orang yang melakukan pengkajian harus dapat menenangkan diri sehingga dapat melakukan anamnesis dengan baik serta dapat mengorganisasikan pikiran dan informasi lengkap terhadap apa yang akan disampaikan atau ditanyakan kepada pasien.
- 2) Aktif mendengar dengan memperlihatkan minat dan perhatian yang dapat membantu memastikan keakuratan data yang terkumpul.
- 3) Yakin dengan yang disampaikan mengomunikasikan keinginan mendengar tanpa menilai.
- 4) Berikan pertanyaan yang berhubungan dengan masalah kesehatan atau sistem tubuh tertentu untuk menghindari wawancara yang bertele-tele.
- 5) Penyusunan kata pengkajian mengulang kembali apa yang telah didengar dari komunikasi pasien tindakan ini



merupakan validasi dalam bentuk yang lebih khusus tentang apa yang dikatakan pasien hal ini memungkinkan pasien mengetahui bagaimana orang lain memahami pesannya.

- 6) Klasifikasi pengkajian meminta pasien untuk mengulang kembali informasi dalam bentuk atau cara lain yang membantu pengkaji untuk mengerti maksud pasien dengan lebih baik, berilah waktu dan kesempatan yang cukup kepada pasien untuk memberikan tanggapan dengan menggunakan kata-katanya sendiri perasaan yang terkandung di dalam diri pasien akan terungkap melalui ekspresi maupun kata-kata yang digunakannya memberikan pasien contoh merupakan suatu cara mengklarifikasi arti yang sangat membantu.
- 7) Memfokuskan pembicaraan membantu menghilangkan kesamaran dalam komunikasi dengan menanyakan pertanyaan evaluasi meminta pasien untuk melengkapi data, pengkaji dapat mengacu pada hal yang tidak konsisten melalui pernyataan
- 8) Lakukan observasi memungkinkan pasien mendapat umpan balik dan mendorong pasien menyatakan informasi tambahan yang berhubungan
- 9) Berikan umpan balik memberi pasien informasi mengenai apa yang telah diobservasi atau disimpulkan oleh pengkaji umpan balik yang efektif mencakup hal-hal berikut :
  - a) Berfokus lebih pada perilaku dari pada pasien
  - b) Berfokus lebih pada observasi dari pada kesimpulan
  - c) Berfokus lebih pada deskripsi daripada penilaian
  - d) Berfokus lebih pada eksplorasi alternatif daripada jawaban atau pemecahan
  - e) Berfokus lebih pada nilai informasi pasien daripada memberikan rasa terharu pada pasien
  - f) Berfokus pada apa yang dikatakan bukan mengapa hal itu dikatakan

- 10) Tawarkan informasi dengan begitu pengkaji membantu pasien dengan menyediakan data tambahan saat menawarkan informasi jangan sampai salah dan disamakan dengan memberi nasihat serupa dengan hal itu bila pengkaji memberi informasi pribadi maka interaksi tidak lagi terapiutik
  - 11) Simpulkan ide-ide utama setiap wawancara atau diskusi hal ini memvalidasi data dari pasien dan menandakan akhir bagian pertama wawancara sebelum berlanjut ke bagian berikutnya.
- b. Keluhan Utama
- Keluhan utama yang sering terjadi pada pasien dengan gangguan muskuluskeletal adalah sebagai berikut:
- 1) Nyeri
  - 2) Deformitas
  - 3) Kekakuan/ instabilitas pada sendi
  - 4) Pembengkakan/Benjolan
  - 5) Kelemahan otot
  - 6) Gangguan / hilangnya fungsi
  - 7) Gangguan sensibilitas
- c. Riwayat Klinis
- Riwayat klinis yang diperlukan meliputi:
- 1) Riwayat penyakit sekarang,
  - 2) Riwayat penyakit dahulu,
  - 3) Riwayat penyakit keluarga dan psikososialkultural.
- d. Pengkajian fisik musculoskeletal
- Pengkajian fisik meliputi:
- 1) *Look* (inspeksi) melihat raut muka pasien (meringis kesakitan), cara berjalan sekurang-kurangnya 20 langkah, cara duduk dan cara tidur (periksa adakah kelainan berjalan), lihat

jaringan lunak, kulit, tulang, sendi, jaringan parut, benjolan, pembengkakan, cekungan, posisi dan bentuk ekstremitas.

- 2) *Feel* (palpasi) raba kulit untuk merasakan suhu pasien panas/dingin, denyut nadi, jaringan lunak, tulang, penilaian deformitas, nyeri tekan, pengukuran panjang anggota gerak
- 3) *Move* (penilaian pergerakan aktif/pasif) nilai/evaluasi pergerakan sendi pasien apakah mampu bergerak secara aktif atau pasif, stabilitas sendi, pengkajian *Range of Motion* (ROM)

#### Pengkajian Kekuatan Otot

Menurut *Medical Research Council* di bagi dalam lima derajat antara lain:

- 1) Derajat 0: Paralisis total/ tidak ditemukan adanya kontraksi pada otot
- 2) Derajat 1: Kontraksi otot yang terjadi hanya berupa perubahan dari bonus otot yang dapat diketahui dengan palpasi dan tidak dapat menggerakkan sendi
- 3) Derajat 2: otot hanya mampu menggerakkan persendian tetapi kekuatannya tidak dapat melawan pengaruh gravitasi
- 4) Derajat 3: di samping dapat menggerakkan sendi otot juga dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan oleh pengkaji
- 5) Derajat 4: kekuatan otot seperti pada derajat 3 disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan
- 6) Derajat 5: kekuatan otot normal

#### e. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada masalah musculoskeletal yaitu:

- 1) Foto rontgen
- 2) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

3) *Computed Tomography Scan* (CT Scan)

4) Angiografi

5) Venogram

6) Mielografi

7) Artrografi

8) Artroskopi

9) Artrosentesis

10) Biopsy

f. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan darah lengkap (Hb, leukosit)

2) Pemeriksaan kimia darah (kalsium serum, Fosfor serum, fosfatase asam, fosfatase alkali)

3) Pengkajian metabolisme tulang (kalsitonin, hormone paratiroid/PTH, vitamin D, enzim serum kreatinin kinase/CK, serum glutamic-oksaloasetik transaminase.

4) Pemeriksaan urine (kalsium urine)

## **2. Diagnosa Keperawatan Sistem Muskuluskeletal**

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di tandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringisi, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur (SDKI, 172)

b. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuluskeletal kronis ditandai dengan mengeluh nyeri, merasa depresi, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas (SDKI, 174)

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuluskeletal ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, ROM menurun (SDKI, 124)

d. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) ditandai dengan kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit (SDKI, 282)

- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, keterbatasan kognitif, ketidaktahuan menemukan sumber informasi ditandai dengan menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku yang tidak sesuai abjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah (SDKI, 246)
- f. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur bentuk tubuh (mis. amputasi) (SDKI, 186)
- g. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kurang terpapar informasi ditandai dengan merasa bingung, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tegang, sulit tidur (SDKI, 180)
- h. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (SDKI, 304)
- i. Resiko cedera dibuktikan dengan ketidakamanan transportasi (SDKI, 294)

### 3. Intervensi keperawatan Sistem Muskuloskeletal

DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun	<b>Observasi:</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri <b>Terapeutik:</b> 1. Berikan teknik non farmakologi 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <b>Edukasi:</b> 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri <b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi pemberian analgesik

#### **4. Implementasi Sistem Muskuluskeletal**

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang sudah dibuat, dengan melihat kondisi pasien. Manajemen sakit membutuhkan kombinasi intervensi keperawatan independent, dependen dan interdependen seperti yang terlihat pada intervensi yang sudah dibuat. Intervensi dapat dibagi dalam dua kategori luas: non farmakologis dan farmakologis. Akan tetapi tidak berarti bahwa satu kategori intervensi diimplementasikan lebih eksklusif dibanding yang lain.

#### **5. Evaluasi Keperawatan Sistem Muskuluskeletal**

Keberhasilan rencana asuhan untuk pasien yang berisiko atau aktual mengalami gangguan sistem muskuluskeletal tergantung pada tujuan realistik yang dikembangkan secara mutual yang dibuat selama fase perencanaan. Proses evaluasi penting untuk dilakukan lebih awal dan kontinu mengevaluasi kesesuaian tujuan, hasil yang diharapkan, dan intervensi.

Adapun evaluasi keperawatan berdasarkan masalah keperawatan dan luaran (tujuan) pada gangguan sistem muskuluskeletal diantaranya:

- a. Tingkat nyeri menurun
- b. Mobilitas fisik meningkat
- c. Integritas kulit dan jaringan meningkat
- d. Tingkat pengetahuan meningkat
- e. Citra tubuh meningkat
- f. Tingkat ansietas menurun
- g. Tingkat infeksi menurun
- h. Tingkat cedera menurun

## BAGIAN 8

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA SISTEM PERSARAFAN

#### A. ANATOMI FISILOGI SISTEM PERSARAFAN

Sistem saraf merupakan sistem fungsional dan struktural yang paling terorganisasi dan paling kompleks. Sistem ini mempengaruhi fungsi tubuh, baik secara fisiologis maupun psikologis. Secara ringkas system persarafan dibagi menjadi dua bagian yaitu Sistem Saraf Pusat (SSP) yang terdiri atas otak dan medulla spinalis dan Sistem Saraf Tepi (SST) yang terdiri dari neuromer dan eferen system saraf somatic (SSS) serta neuron system saraf otonom atau visceral (SSO) (Muttaqin, 2013).

##### 1. Neuron

Susunan syaraf pusat manusia mengandung sekitar 100 miliar neuron. Neuron adalah suatu sel saraf dan merupakan unit anatomis dan fungsional system persarafan. Sel-sel neuron tidak mengalami pembelahan sel sehingga jika sudah rusak neuron tidak dapat diganti. Setiap neuron terdiri atas tiga bagian (Hernanta, 2013), yaitu

###### a. Badan sel

Badan sel saraf merupakan bagian yang paling besar dari sel saraf. Badan sel berfungsi untuk menerima rangsangan dari dendrit dan meneruskannya ke akson. Pada badan sel saraf terdapat inti sel, sitoplasma, mitokondria, sentrosom, badan golgi, lisosom dan badan sel

###### b. Dendrit

Dendrit adalah serabut sel saraf pendek dan bercabang-cabang. Dendrit merupakan perluasan dari badan sel. Dendrit berfungsi untuk menerima dan mengantarkan rangsangan ke badan sel.

###### c. Akson

Akson disebut juga Neurit. Neurit adalah serabut sel saraf Panjang yang merupakan penjuruan sitoplasma badan sel. Benang-benang halus halus yang terdapat di dalam neurit disebut neurofibril.

## 2. Otak

Otak merupakan organ paling besar dan paling kompleks pada system saraf. Otak terdiri atas lebihb dari 100 miliar neuron dan serabut terkait. Jaringan otak memiliki konsistensi seperti gelatin. Organ semisolid ini memiliki berat 1.400 g pada dewasa (Black and Hawks, 2014).

### *Serebrum*

Masing-masing dari kedua hemisfer serebri (kiri dan kanan) mempunyai lapisan korteks yang menutupi permukaan otak. Hemisfer kanan dan kiri dihubungkan serta berhubungan satu sama lain oleh pita transversal serabut saraf yang disebut korpus kolosum. Masing-masing hemisfer memiliki 4 lobus antara lain frontal, parietal, temporal dan oksipital (Ariani, 2013).

## 3. Saraf Kranial

Saraf kranial pada tubuh manusia terdiri dari 12 pasang yang berasal dari otak.

Tabel 8.1 Tipe dan Fungsi Saraf kranial (Black and Hawks, 2014)

Saraf	Nama	Fungsi	Tipe
I	Olfaktorius	Olfaksi (Penghidu)	Sensorik
II	Optikus	Penglihatan	Sensorik
III	Okulomotorius	Gerakan mata ekstraokuler Pangkatan kelopak mata Kontriksi Pupil	Motorik  Parasimpatis
IV	Troklearis	Gerakan mata ekstraokuler	Motorik



Saraf	Nama	Fungsi	Tipe
V	Trigeminus Bag. Oftalmikus	Sensasi somatic kornea, membrane mukosa nasal, wajah	Sensorik
	Bag. Maksilaris	Sensasi somatic wajah, rongga mulut, 2/3 anterior lidah, gigi	Sensorik
	Bag. Mandibularis	Sensasi somatic bagian bawah wajah, mastikasi (mengunyah)	Motorik
VI	Abdusen	Gerakan mata lateral	Motorik
VII	Fasialis	Ekspresi wajah	Motorik
VIII	Vestibulokoklearis	Keseimbangan Pendengaran	Sensorik
	Vestibularis Koklearis		Sensorik
IX	Glosofaringeus	Pengecap, 1/3 posterior lidah, sensasi faringeal Menelan	Sensotik
			Motorik
X	Vagus	Sensasi faring, laring, telinga luar Menelan Aktifitas system saraf parasimpatis visera abdomen dan toraks	Sensorik
			Motorik Parasimpatis
XI	Asesorius spinalis	Gerakan leher dan bahu	Motorik
XII	Hipoglosus	Gerakan lidah	Motorik

#### 4. Saraf Spinal

Saraf spinal berkembang dari serangkaian radiks saraf yang berkumpul di lateral medulla spinalis. Tiap saraf spinal terdiri atas radiks dorsalis (sensori) dan radiks ventralis (motoric) yang bergabung membentuk saraf spinal. Radis dorsalis berasal dari posterolateral medulla spinalis. Radiks ventralis berasal dari anterolateral medulla spinalis. Terdapat 31 pasang saraf spinal: 8

pasang saraf servical, 12 pasang saraf torakal, 5 pasang saraf lumbal, 5 pasang saraf sacral dan 1 pasang saraf koksigeal (Black and Hawks, 2014).

## **5. Saraf Otonom**

Sistem saraf otonom merupakan bagian dari system saraf tepi yang mengoordinasi Gerakan involunter seperti fungsi visceral, perubahan otot polos dan jantung, serta respon kelenjar. Walaupun system saraf otonom dapat berfungsi secara independent, control primernya berasal dari otak dan medulla spinalis. Sistem saraf otonom memiliki dua bagian yaitu system saraf simpatis dan system saraf parasimpatis. Sistem saraf simpatis mengoordinasi aktifitas untuk menangani stress dan dirancang untuk aksi sebagai suatu kesatuan periode pendek, sedangkan system saraf parasimpatis berhubungan dengan konnservasi dan restorasi cadangan energi dan dirancang untuk bereaksi local dan terpisah untuk durasi yang panjang (Black and Hawks, 2014).

## **B. PENYAKIT DENGAN GANGGUAN PERSARAFAN**

Ada banyak sekali macam-macam penyakit dengan gangguan system persarafan, antara lain:

1. Penyakit persarafan dengan gangguan infeksi system saraf pusat: Meningitis, Ensefalitis, Abses Otak, Sindrom Guillain Barre, Bell's Palsy dan Tetanus
2. Penyakit persarafan dengan Stroke
3. Penyakit persarafan dengan Trauma system saraf pusat: Cedera Kepala dan Cedera Medulla Spinalis
4. Penyakit persarafan dengan gangguan degenerative system persarafan: Parkinson, HNP (Herniasi Nukleus Pulposus), Alzheimer dan Multiple Sklerosis

5. Penyakit persarafan dengan gangguan konvulsi dan penyakit neuromuscular: Epilepsi dan status epilepticus dan Miastenia Gravis
6. Penyakit persarafan dengan gangguan kongenital system persarafan: Hidrosepalus, Spina Bifida dan Retardasi Mental
7. Penyakit persarafan dengan tumor susunan saraf pusat: Tumor Intrakranial dan Tumor Medula Spinalis

## **C. ASUHAN KEPERAWATAN SISTEM PERSARAFAN**

### **1. Pengkajian**

#### **a. Anamnesis**

##### **1) Identitas Klien**

Identitas klien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS (Masuk Rumah Sakit), nomer register dan diagnosa medis

##### **2) Keluhan Utama**

Keluhan pasien dengan gangguan persarafan meliputi kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, kesulitan berkomunikasi, konvulsi, sakit kepala hebat, nyeri otot, kaku kuduk, sakit punggung dan penurunan kesadaran

##### **3) Riwayat Penyakit**

Riwayat penyakit terdiri dari Riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu dan Riwayat penyakit keluarga.

#### **b. Pemeriksaan fisik Neurologis**

##### **1) Pengkajian Tingkat Kesadaran**

Secara sederhana tingkat kesadaran dibagi 4, yaitu:

##### **a) Somnolen**

Somnolen adalah keadaan mengantuk namun mudah dibangunkan dan mampu memberikan jawaban verbal dan menangkis nyeri

b) Sopor (stupor).

Sopor adalah kantuk yang dalam. Penderita masih dapat dibangunkan dengan rangsangan kuat namun kesadaran menurun lagi.

c) Koma-ringan (semi koma)

Koma ringan tidak ada respon terhadap rangsangan verbal, namun bisa jadi ada respon terhadap rangsang nyeri.

d) Koma-dalam (komplit)

Pada keadaan ini tidak ada Gerakan spontan dan tidak ada jawaban sama sekali terhadap rangsang nyeri.

Pemeriksaan lain dapat menggunakan Pemeriksaan GCS (Glasgow Coma Scale) dengan melihat tiga aspek yaitu eye, verbal dan motoric (Lumbantobing, 2018).

## 2) Pengkajian Saraf Kranial

*Tabel 8.2 Pemeriksaan Saraf Kranial*

NO	NERVUS CRANIALIS	TEHNIK PEMERIKSAAN
I	Olfaktorius	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instruksikan pasien untuk menutup 1 hidung – secara bergantian</li><li>• Meminta pasien untuk mencium beberapa bahan yang diberikan oleh pemeriksa (kondisi mata tertutup) – beserta plasebo</li></ul>
II	Optikus	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pemeriksaan Tajam Pengelihatian Jauh: Snellen Chart/ Hitung Jari / Gerak Tangan/ Light perception</li><li>• Pemeriksaan Lapang Pandang (Alat warna mencolok): Visual field test/ Quadrant testing/ Uji konfrontasi</li><li>• Pemeriksaan Buta Warna: Ishihara</li><li>• Funduskopi</li></ul>
III		

NO	NERVUS CRANIALIS	TEHNIK PEMERIKSAAN
	Okulomotorius	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minta pasien membuka mata – perhatikan kesimetrisan kelopak mata</li> <li>• Pemeriksaan Gerak Bola mata: Eyes bells movement / Convergen test</li> <li>• Pemeriksaan pupil dan reflek cahaya – papillary refleks</li> </ul>
IV	Troklearis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan Gerak Bola mata Meminta pasien untuk mengikuti gerakan tangan pemeriksa dengan cara melirik ke down in</li> </ul>
V	Trigeminalis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengunyah Mengatupkan gigi dengan kuat Gerakkan rahang bawah ke kanan-kiri</li> <li>• Reflek kornea <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Minta pasien melirik ke kanan</li> <li>b. Goreskan kapas di arah kornea tengah kanan</li> <li>c. Pasien berkedip/tidak</li> <li>d. Lakukan bergantian</li> </ul> </li> <li>• Persepsi Sentuhan Sentuhkan sikat ke daerah trigeminal (dahi, dagu dan pipi) –disertai plasebo</li> <li>• Persepsi Nyeri Berikan tekanan dan rangsangan rasa sakit dengan jarum</li> </ul>
VI	Abdusen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan Gerak Bola mata Meminta pasien untuk mengikuti gerakan tangan pemeriksa dengan cara melirik ke kanan dan ke kiri</li> </ul>
VII	Fasialis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspresi <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengernyitkan dahi/Angkat kedua alis</li> <li>b. Memejamkan kedua mata secara kuat</li> </ul> </li> </ul>

NO	NERVUS CRANIALIS	TEHNIK PEMERIKSAAN
		<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Retraksi bibir ke arah samping – meretraksi kulit di leher</li> <li>d. Menggembungkan pipi</li> <li>• Meminta pasien untuk mencoba merasakan rasa yang diberikan (2/3 lidah anterior) Manis – asin -- Asam</li> <li>• Reflek kornea <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Minta pasien melirik ke kanan</li> <li>b. Goreskan kapas di arah kornea tengah kanan</li> <li>c. Pasien berkedip/tidak</li> <li>d. Lakukan bergantian</li> </ul> </li> </ul>
VIII	Vestibulokoklearis	<p>Pada prinsipnya pasien sudah bisa terdeteksi saat pemeriksaan: Chochlear test / Rinne test/ Weber test</p> <p>Keseimbangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien diminta duduk tegak</li> <li>- Pasien diminta menunjuk kuku pemeriksa</li> <li>• Caloric n doll's eyes test Posisikan pasien telentang, agak ditengadahkan 30 derajat</li> </ul>
IX	Glosofaringeus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan reflek muntah: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien ditutup mata</li> <li>- Disuruh membuka mata dan menjulurkan lidah</li> <li>- Sentuhkan toungue spatel</li> </ul> </li> <li>• Meminta pasien menelan air 250 cc dalam 10 detik</li> <li>• Meminta pasien untuk mencoba merasakan rasa pahit yang diberikan (1/3 lidah posterior)</li> </ul>
X	Vagus	<p>Pada prinsipnya ketika diajak berbicara sudah terlihat</p>

NO	NERVUS CRANIALIS	TEHNIK PEMERIKSAAN
		Pemeriksaan laring: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebutkan artikulasi labial: fa fa pa pa</li> <li>• Sebutkan artikulasi palatal: kh kh kha kha</li> <li>• Sebutkan artikulasi lingual: la la</li> <li>• Meminta pasien menjulurkan lidah – menyebut kata “a”</li> <li>• Meminta pasien menelan air 250 cc dalam 10 detik</li> </ul>
XI	Aksesorius	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meminta pasien membuat gerakan kepala menoleh (ke kanan dan ke kiri) dengan tahanan</li> <li>• Meminta pasien mengangkat kedua bahu dengan tahanan</li> </ul>
XII	Hipoglosus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjulurkan lidah</li> <li>• Menggerakkan lidah (menempelkan disisi dalam pipi kanan dan kiri)</li> </ul>

### 3) Pengkajian Sistem Motorik

Pemeriksaan gerak aktif yang dapat dilakukan pada pasien dengan gangguan persarafan adalah pengukuran Tonus otot. Menggunakan skala 0-5 dengan interpretasi 0 berarti lumpuh samasekali dan 5 normal (Lumbantobing, 2018).

### 4) Pengkajian Respon Reflek

Ada 5 pemeriksaan refleks antara lain reflek tendo, reflek patologis, reflek superfisial, reflek primitive atau abnormal dan reflek saraf otak (Juwono, 2014).

### 5) Pengkajian Sistem Sensorik

Ada lima jenis sensibilitas (sensori) yang perlu digunakan sebagai objek pemeriksaan: sensasi khusus/sensasi panca indera, sensasi eksteroseptif/sensasi protopatik, sensasi proprioepsi, sensasi

interoseptif / viseroestesia dan sensasi diskriminatif/ sensasi multimodalitas (Muttaqin, 2013).

### c. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada sistem persarafan dilakukan untuk melengkapi pengkajian setelah dilakukan pengkajian umum dan pemeriksaan fisik sistem persarafan. Pemeriksaan yang sering dilakukan untuk menegakkan diagnostic pada system persarafan antara lain foto rontgen, CT scan (*Computed Tomography - scan*), PET (*Positron Emission Tomography*), MRI (*Magnetic Resonance Imaging*), Angiografi Serebral, EEG (*Electro Ensepalo Graphy*), Mielografi, lumbal pungsi dan pemeriksaan cairan serebrospinal serta pemeriksaan laboratorium klinik (Muttaqin, 2013).

## 2. Diagnosa Keperawatan Sistem Persarafan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2016).

Berikut merupakan beberapa diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan gangguan sistem persarafan:

- a. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis dibuktikan dengan mengeluh sulit menelan, tersedak dan makanan tertinggal di rongga mulut ( D.0063)
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis dan gelisah (D.0077)
- c. Penurunan kapasitas adaptif intracranial berhubungan dengan edema serebral dibuktikan dengan sakit kepala, tekanan darah



- meningkat, tingkat kesadaran menurun dan respon pupil tidak sama (D.0066)
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun dan gerakan terbatas (D.0054)
  - e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dibuktikan dengan tidak mampu berbicara, afasia dan sulit mempertahankan komunikasi (D.0119)
  - f. Konfusi akut berhubungan dengan delirium dibuktikan dengan fluktuasi fungsi kognitif, fluktuasi tingkat kesadaran dan gelisah (D.0064)
  - g. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan lapisan kulit, nyeri dan kemerahan ( D.0129)
  - h. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/ berhias secara mandiri dan stroke (D.0109)
  - i. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan tumor otak, noplasma otak (D.0017)
  - j. Resiko jatuh dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif dan kekuatan otot menurun (D.0143)

### **3. Luaran Dan Intervensi Keperawatan Sistem Persarafan**

Luaran (outcome) keperawatan merupakan hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemilihan masalah. Luaran keperawatan merupakan perubahan kondisi yang spesifik dan terukur yang perawat harapkan sebagai respons terhadap asuhan keperawatan.

Intervensi keperawatan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis

untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan, dan Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktifitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

*Diagnosa 1: Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis dibuktikan dengan mengeluh sulit menelan, tersedak dan makanan tertinggal di rongga mulut ( D.0063)*

*Luaran:*

Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam, maka status menelan membaik (L.06052), dengan kriteria hasil:

- a. Mempertahankan makanan di mulut meningkat
- b. Reflek menelan meningkat
- c. Frekuensi tersedak menurun

*Intervensi utama: Pencegahan aspirasi (I.01018)*

*Observasi:*

- a. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan
- b. Monitor bunyi nafas, terutama setelah makan/minum

*Terapeutik:*

- a. Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 mneit sebelum memberi asupan oral
- b. Berikan makanan dengan jumlah sedikit dan lunak
- c. Jika klien sadar dan ada sekret, lakukan fisioterapi nafas terlebih dahulu

*Edukasi:*

- a. Anjurkan makan secara perlahan
- b. Ajarkan strategi mencegah aspirasi
- c. Ajarkan tehnik mengunyah dan menelan

*Diagnosa 2: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis dan gelisah (D.0077)*

*Luaran:*

Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam, maka tingkat nyeri menurun (L.08066), dengan kriteria hasil:

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun
- c. Gelisah menurun

*Intervensi utama: Manajemen Nyeri (I.08238)*

Observasi:

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

Terapeutik:

- a. Berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi:

- a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d. Anjurkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian analgesic

*Diagnosa 3: Penurunan kapasitas adaptif intracranial berhubungan dengan edema serebral dibuktikan dengan sakit kepala, tekanan darah meningkat, tingkat kesadaran menurun dan respon pupil tidak sama (D.0066)*

*Luaran:*

Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam, maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.06049), dengan kriteria hasil:

- a. Tekanan darah membaik
- b. Tingkat kesadaran meningkat
- c. Respon pupil membaik

*Intervensi utama:* Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.06194)

Observasi:

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal edema serebri)
- b. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (misal tekanan darah meningkat, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)
- c. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
- d. Monitor ICP (Intracranial Pressure)
- e. Monitor status pernafasan
- f. Monitor intake dan output cairan

Terapeutik:

- a. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- b. Berikan posisi semi fowler
- c. Hindari manuver valsava
- d. Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
- b. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu
- c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

#### **4. Evaluasi Keperawatan Sistem Persarafan**

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang Kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga Kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan Tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien (Safitri, 2019).

## BAGIAN 9

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA SISTEM ENDOKRIN

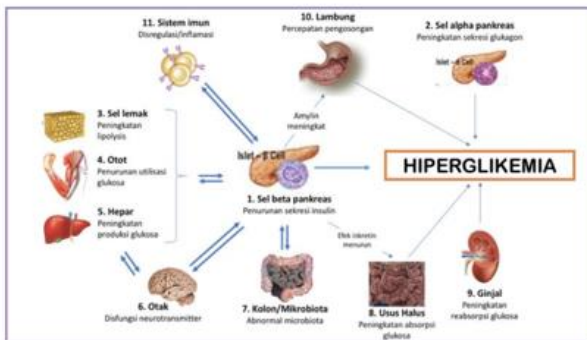
#### A. KONSEP DIABETES MELLITUS

##### 1. Definisi Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2021).

##### 2. Patogenesis Diabetes Mellitus

Pada Diabetes mellitus tipe 2, diakibatkan karena resistensi insulin pada sel otot dan hati serta kegagalan sel beta pankreas.



Gambar 9.1 Patogenesis hiperglikemia

Patogenesis hiperglikemia disebabkan oleh sebelas hal (*egregious eleven*) yaitu (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2021):

- Kegagalan sel beta pankreas : Fungsi sel beta pancreas akan menurun pada DM tipe 2
- Disfungsi sel alfa pankreas : Sel alfa berperan pada sintesis glukagon yang dalam keadaan puasa kadarnya di dalam plasma akan meningkat. Peningkatan ini menyebabkan produksi glukosa

- hati (*hepatic glucose production*) dalam keadaan basal meningkat secara bermakna dibanding individu yang normal.
- c. Sel lemak : peningkatan proses lipolisis dan kadar asam lemak bebas (*free fatty acid/FFA*) dalam plasma merangsang proses gluconeogenesis dan mencetuskan resistensi insulin di hepar dan otot, sehingga mengganggu sekresi insulin.
  - d. Otot : gangguan kinerja insulin yang multiple di intramioselular menyebabkan gangguan transport glukosa dalam sel otot, penurunan sintesis glikogen, dan penurunan oksidasi glukosa.
  - e. Hepar : resistensi insulin yang berat pada DM tipe 2 memicu gluconeogenesis dimana produksi glukosa dalam keadaan basal oleh hepar meningkat.
  - f. Otak : Seseorang yang mengalami obesitas baik DM maupun non-DM didapatkan hyperinsulinemia sebagai mekanisme kompensasi dari resistensi insulin, hal ini menyebabkan asupan makanan meningkat akibat adanya resistensi insulin yang juga terjadi di otak.
  - g. Kolon/mikrobiota : Perubahan komposisi mikrobiota kolon berkontribusi terhadap hiperglikemia. mikrobiota usus berhubungan dengan DM tipe 1, DM tipe 2 dan obesitas, yang menjelaskan mengapa hanya sebagian individu obesitas yang berkembang menjadi DM.
  - h. Usus halus : Glukosa yang ditelan memicu respons insulin jauh lebih besar dibanding bila diberikan secara intravena, efek incretin ini diperankan oleh glucagon-like polypeptide-1 (GLP-1) dan gastric inhibitory polypeptide (GIP), sementara pada pasien DM tipe 2 defisiensi GLP-1 dan resisten terhadap hormon GIP.
  - i. Ginjal : Pada pasien DM terjadi peningkatan ekspresi gen sodium glucose co-transporter -2 (SGLT-2) sehingga terjadi peningkatan reabsorpsi glukosa di dalam tubulus ginjal dan mengakibatkan peningkatan kadar glukosa darah
  - j. Lambung : kerusakan sel beta pancreas menyebabkan penurunan produksi amylin sehingga mempercepat pengosongan lambung

dan meningkatkan absorpsi glukosa di usus halus, hal ini menyebabkan peningkatan kadar glukosa postprandial.

- k. Sistem imun : sitokin menginduksi respon fase akut yang merupakan bagian dari aktivasi sistem imun bawaan/innate dan berhubungan erat dengan patogenesis DM tipe 2 dan berkaitan dengan komplikasi seperti dislipidemia dan aterosklerosis.

### 3. Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi diabetes melitus menurut *American Diabetes Association* (ADA 2010:11) meliputi empat kelas klinis :

#### a. DM Tipe 1 (IDDM)

Diabetes Melitus tipe 1 adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah akibat destruksi (kerusakan) sel beta pankreas (kelenjar ludah perut) karena suatu sebab tertentu yang menyebabkan produksi insulin tidak ada sama sekali sehingga penderita memerlukan tambahan insulin dari luar.

#### b. DM Tipe 2 (NIDDM)

Diabetes Melitus tipe 2 adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kadar gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas dan fungsi insulin (resistensi insulin).

#### c. DM Tipe lain

Diabetes Melitus tipe lain adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah akibat defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, karena obat atau zat kimia, infeksi, sebab imunologi yang jarang, sindrom penyakit lain yang berkaitan dengan DM.

#### d. DM Tipe Gestasional

Diabetes Melitus tipe Gestasional adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah yang terjadi pada wanita hamil. Biasanya terjadi pada usia 24 minggu

masa kehamilan, dan setelah melahirkan kadar gula darah kembali normal.

#### 4. Manifestasi Klinis

Diagnosis DM tipe 2 awalnya ditunjukkan dengan adanya gejala khas berupa polifagia, poliuria, polidipsia (Tambayong, 2000 dalam Yuanita, 2013:15). Gejala lain yang mungkin dikeluhkan pasien adalah kesemutan, gatal, mata kabur, impotensi pada pria, dan pruritus vulva pada wanita (Mansjoer dkk., 2005 dalam Yuanita, 2013:15).

Hampir setengah pasien DM tipe 2 dewasa melaporkan telah merasakan gejala selain gejala khas DM yang berupa kelelahan, depresi, dyspnea, insomnia, emosi yang tidak stabil, dan nyeri. Pasien berusia lebih dari 60 tahun mengeluh sering merasakan nyeri dan dyspnea (*physical symptoms*), sedangkan pasien berusia kurang dari 60 tahun mengeluh sering kelelahan, insomnia, dan depresi (*psychosocial symptoms*) (Sudore et.al., 2012 dalam Yuanita, 2013:15).

### B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS

#### 1. Pengkajian keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus meliputi:

##### a. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama pada pasien Diabetes meliputi poliuria (sering buang air kecil), polidipsia (sering haus), dan polifagia (banyak makan/ mudah lapar), pasien Diabetes baru mengetahui menderita Diabetes setelah adanya luka yang sulit sembuh. Riwayat Kesehatan masa lalu dikaji oleh perawat untuk mengetahui penyakit masa lalu baik penyakit Diabetes atau penyakit lain yang kemungkinan menjadi predisposisi, serta ketidakpatuhan dalam pengobatan dan perawatan. Riwayat Kesehatan keluarga perlu dikaji adanya factor genetic dalam dari Diabetes yang diderita pasien.



b. Pemeriksaan Fisik

Temuan pemeriksaan fisik seperti kehilangan berat badan, tanda dehidrasi, kelelahan, letargi, adanya luka/ulkus pada kaki yang sulit sembuh, edema pada kaki, infeksi kulit termasuk pada genetalia, parastesia, neuropati, pulsasi perifer yang lemah atau tidak teraba, hipertensi dan terkadang hipotensi ortostatik sebagai tanda adanya neuropati otonom, tanda klinis adanya ketoasidosis diabetic seperti pernapasan kusmaul, tanda dehidrasi, hipotensi dan status mental berubah

c. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis DM ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah dan HbA1c. Berbagai keluhan dapat ditemukan pada pasien DM. Kecurigaan adanya DM perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan seperti:

- 1) Keluhan klasik DM: poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.
- 2) Keluhan lain: lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita.

*Tabel 9.1 Kadar Tes Laboratorium Darah untuk Diagnosis Diabetes dan Prediabetes.*

	HbA1c (%)	Glukosa darah puasa (mg/dL)	Glukosa plasma 2 jam setelah TTGO (mg/dL)
Diabetes	>6,5	>126	>200
Pre-Diabetes	5,7 – 6,4	100 – 125	140 – 199
Normal	< 5,7	70 – 99	70 – 139

Sumber : (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2021)

Selain pemeriksaan kadar glukosa darah dan hemoglobin A1C (HbA1C), pemeriksaan lain yang dilakukan adalah pemeriksaan autoantibodi, khususnya pada DM tipe 1, pemeriksaan keton urin,

kadar aseton plasma, pemeriksaan serum elektrolit, pemeriksaan gas darah arteri, untuk mengidentifikasi adanya asidosis metabolic serta pemeriksaan urin.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon manusia terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan terhadap respon tersebut, oleh individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Diagnosis keperawatan memberikan dasar untuk memilih intervensi keperawatan untuk mencapai hasil dimana perawat memiliki akuntabilitas. Masalah-masalah keperawatan pada pasien Diabetes mellitus dengan atau tanpa diabetic foot ulcer dapat dijelaskan melalui beberapa hasil studi/penelitian. Beberapa diagnosis keperawatan pada pasien Diabetes mellitus sebagai berikut :

*Tabel 9.2 Diagnosis Keperawatan pada pasien Diabetes mellitus*

<b>Diagnosis (Prioritas)</b>	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia 1. <b>Disfungsi pancreas</b> 2. <b>Resistensi insulin</b> 3. <b>Gangguan toleransi glukosa</b> 4. <b>Gangguan glukosa darah puasa</b>  Hipoglikemia 1. <b>Penggunaan insulin atau obat glikemik oral</b> 2. <b>Hiperinsulinemia</b> 3. <b>Efek agen farmakologis</b>	
Gejala dan tanda mayor	Subjektif (Hiperglikemia)	Lelah atau lesu
	Objektif (Hiperglikemia)	Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi
	Subjektif (Hipoglikemia)	Mengantuk Pusing

	Objektif (Hipoglikemia)	Gangguan koordinasi Kadar glukosa dalam darah/urin rendah
Gejala dan tanda minor	Subjektif (Hiperglikemia)	Mulut kering Haus meningkat
	Objektif (Hiperglikemia)	Jumlah urin meningkat
	Subjektif (Hipoglikemia)	Palpitasi Mengeluh lapar
	Objektif (Hipoglikemia)	Gemetar Kesadaran menurun Perilaku aneh Sulit bicara Berkeringat

Sumber diagnosis keperawatan : Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017)

### 3. Intervensi Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus

Rencana keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan pada pasien Diabetes sebagai berikut :

Tabel 9.3 Intervensi Keperawatan pada pasien Diabetes mellitus

<b>Diagnosis</b>	<b>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan</b> Hiperglikemia a. <b>Disfungsi pancreas</b> b. <b>Resistensi insulin</b> c. <b>Gangguan toleransi glukosa</b> d. <b>Gangguan glukosa darah puasa</b>  Hipoglikemia 1. <b>Penggunaan insulin atau obat glikemik oral</b> 2. <b>Hiperinsulinemia</b> 3. <b>Efek agen farmakologis</b>
<b>Luaran</b>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .... maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. <b>Tingkat kesadaran membaik</b> 2. <b>Mengantuk menurun</b>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pusing menurun</li> <li>4. Lelah/lesu menurun</li> <li>5. Rasa lapar menurun</li> <li>6. Gemetar menurun</li> <li>7. Berkeringat menurun</li> <li>8. Mulut kering menurun</li> <li>9. Rasa haus menurun</li> <li>10. Kadar glukosa darah membaik</li> <li>11. Kadar glukosa dalam urin membaik</li> <li>12. Jumlah urin membaik</li> </ol>
Intervensi keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat</li> <li>3. Monitor kadar glukosa darah</li> <li>4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>5. Monitor intake dan output cairan</li> <li>6. Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit</li> <li>7. Berikan asupan cairan oral</li> <li>8. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl</li> <li>9. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>10. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>11. Ajarkan pengelolaan diabetes</li> <li>12. Kolaborasi pemberian insulin</li> <li>13. Kolaborasi pemberian cairan IV</li> </ol>

Sumber : (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2018, 2019)

#### 4. Implementasi Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan Diabetes melitus selalu mengacu pada empat (4) pilar utama pengelolaan Diabetes yaitu (Waspadji, 2015) :

1. Perencanaan makan
2. Latihan jasmani
3. Obat berkhasiat hipoglikemik
4. Penyuluhan

Program edukasi yang terstruktur akan meningkatkan pengetahuan pasien dan kemampuan untuk melakukan praktik perawatan diri (self care) yang meliputi pengetahuan diabetes, pentingnya olahraga, pengetahuan kaki diabetik dan perawatan kaki, diet diabetes dan injeksi insulin. (Mohammad & Khresheh, 2018).

Tindakan keperawatan pada pasien Diabetes mellitus meliputi :

a. Edukasi perawatan kaki

Mencuci kaki dengan air hangat, mengeringkan sela-sela jari kaki, jangan merendam kaki, melumasi kaki agar kulit tetap lembut dan halus, jangan mengoleskan krim di antara jari, potong kuku lurus dan kikir ujungnya dengan kikir kuku, gerakan pergelangan kaki ke atas dan ke bawah selama 5 menit, angkat kaki saat mengatur posisi, jangan duduk terlalu lama, periksa warna kaki, jangan memotong mata ikan (corn) dan kapalan (kalus) tetapi haluskan dengan lembut, jangan menggunting tepi kulit sendiri, gunakan alas kaki yang tepat, kenakan sandal saat bangun dari tempat tidur, gunakan cermin untuk melihat bagian bawah kaki dan rencana perawatan tindak lanjut yang berkelanjutan.

b. Edukasi keterampilan injeksi insulin mandiri

Pada pasien Diabetes dengan injeksi insulin mandiri perlu diberikan Informasi mengenai insulin dan cara melakukan injeksi insulin. Kesalahan dalam melakukan injeksi insulin menyebabkan pengobatan insulin yang tidak optimal sehingga kontrol glikemik menjadi buruk yang dapat mengarahkan pada komplikasi kebutaan, gagal ginjal, serangan jantung, stroke. Edukasi menggunakan *Self Insulin Injection Simulation Tool (SIIST)* efektif meningkatkan keterampilan injeksi insulin pasien Diabetes Mellitus. SIIST didesain khusus menggunakan rangka dari material/bahan tas, spon dan artificial skin (silikon) yang disablon dengan gambar rotasi lokasi injeksi, kemudian *simulation tool* dipasangkan pada pinggang seperti menggunakan ikat pinggang (Astuti et al., 2023).

Pemberian edukasi manajemen terapi insulin efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan berpengaruh positif dalam mengontrol kadar glikemik HbA1c pada pasien DM (Chu et al., 2021; Herlina et al., 2021).

c. Edukasi Latihan fisik

Olahraga bagi pasien Diabetes bermanfaat untuk menurunkan kadar glukosa darah, mencegah kegemukan, ikut berperan dalam mengatasi kemungkinan terjadinya komplikasi aterosklerotik, gangguan lipid darah, peningkatan tekanan darah, hiperkoagulabilitas darah. Hal ini akan mengurangi risiko penyakit jantung koroner dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Ilyas, 2015). Kadar glukosa darah dipengaruhi oleh kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri, kepatuhan pasien dalam aktivitas fisik dan olahraga. Jalan kaki yang dilakukan 20 menit, 2-3 kali seminggu dapat menurunkan kadar gula darah (Yuliasuti et al., 2022).

d. Perawatan luka pada pasien dengan Diabetes dengan Diabetic foot ulcer

Salah satu tindakan keperawatan pada pasien Diabetes mellitus dengan Diabetic foot ulcer adalah perawatan luka (wound care).

5. Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengidentifikasi sejauh mana luaran dari rencana keperawatan terpenuhi, dengan melihat ketercapaian indikator didalam kriteria hasil yang telah direncanakan. Selain itu target dari evaluasi keperawatan pada pasien Diabetes adalah keberhasilan pengendalian DM yang dapat dilihat pada table dibawah ini (PERKENI, 2015:35).

*Tabel 9.5 Kriteria pengendalian DM*

	<b>Baik</b>	<b>Sedang</b>	<b>Buruk</b>
Glukosa darah puasa (mg/dl)	80-109	110-125	>126
Glukosa darah 2 jam (mg/dl)	110-140	145-179	>180
A1C (%)s	< 6.5	6.5-8	> 8
Kolesterol total (mg/dl)	< 200	200-239	> 240
Kolesterol LDL (mg/dl)	< 100	100-129	> 130
Kolesterol HDL (mg/dl)	> 45		
Trigliserida	< 150	150-199	> 200
IMT (kg/m <sup>2</sup> )	18.5-22.9	23-25	> 25
Tekanan Darah (mmHg)	<130/80	130-140/80-90	>140/90

Sumber : PERKENI, 2006:27

## **BAGIAN 10**

### **KEPERAWATAN BAYI DAN ANAK**

#### **A. KONSEP KEPERAWATAN BAYI DAN ANAK**

Keperawatan pediatrik adalah praktik keperawatan yang terlibat dalam layanan kesehatan anak-anak sejak masa bayi hingga remaja. Definisi keperawatan, "diagnosis dan penanganan respons manusia terhadap masalah kesehatan yang aktual atau potensial," juga berlaku pada praktik keperawatan pediatrik (American Nurses Association, 2004). Namun, keseluruhan tujuan praktik keperawatan pediatrik adalah meningkatkan dan membantu anak dalam mempertahankan tingkat kesehatan yang optimal sambil mengidentifikasi pengaruh keluarga pada kesejahteraan anak. Tujuan ini melibatkan praktik promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dan juga membantu asuhan selama mengalami penyakit atau sakit.

#### **B. FILOSOFI KEPERAWATAN PEDIATRIK**

Anak-anak memerlukan akses terhadap asuhan yang kontinu, komprehensif, terkoordinasi, berpusat pada keluarga, dan simpatik. Asuhan ini perlu berfokus pada perubahan perkembangan fisik dan kebutuhan emosional mereka. Perawat pediatrik memberikan asuhan ini dengan berfokus pada keluarga, memberikan asuhan atraumatik yang terapeutik, dan menggunakan praktik berdasar bukti. Ketiga konsep ini merepresentasikan cakupan filosofi asuhan keperawatan pediatrik.

Orang tua atau wali memainkan peran penting dalam kesehatan dan kesejahteraan anak-anak. Pemberian asuhan melalui pendekatan yang berpusat pada keluarga tidak hanya memicu hasil yang lebih baik, tetapi juga kepuasan konsumen yang lebih baik. Keluarga



adalah sumber utama dukungan dan kekuatan anak. Pengetahuan keluarga tentang kesehatan atau kesakitan anak sangat penting.

Asuhan yang berpusat pada keluarga melibatkan kemitraan yang saling menguntungkan antara anak, keluarga, dan profesional layanan kesehatan (Harrison, 2010; O'Malley, Brown, & Krug, 2008). Hal ini berlaku dalam perencanaan, pemberian, dan evaluasi layanan kesehatan untuk anak-anak dari segala usia dalam setiap tatanan.

Anak-anak dapat menjalani banyak sekali intervensi, yang sebagian besar di antaranya dapat menimbulkan trauma, stres, dan nyeri. Berbagai tatanan tempat anak menerima asuhan dapat menakutkan dan mengkhawatirkan anak dan keluarga, dan interaksi dengan personel layanan kesehatan dalam berbagai tatanan dapat menimbulkan ansietas. Dengan demikian, komponen utama lainnya dalam filosofi keperawatan pediatrik adalah pemberian asuhan atraumatik. Ini merupakan filosofi pemberian asuhan terapeutik melalui intervensi yang meminimalkan distres fisik dan psikologis untuk anak-anak dan keluarga mereka.

Praktik berdasar bukti melibatkan penggunaan temuan riset dalam membuat rencana asuhan dan mengimplementasikan asuhan tersebut. Praktik tersebut merupakan pendekatan dalam pengambilan keputusan klinis yang melibatkan integrasi bukti ilmiah terbaik, nilai dan pilihan pasien, kondisi klinis, dan keahlian klinis untuk meningkatkan hasil terbaik (Salmond, 2007). Perawat harus mengembangkan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk mengajukan pertanyaan klinis yang terkait, mencari bukti terbaik saat ini, menganalisis bukti, mengintegrasikan bukti tersebut ke dalam praktik jika tepat, dan mengevaluasi hasil. Praktik berdasar bukti dapat memicu penurunan perbedaan asuhan serta meningkatkan kualitas dan memperbaiki layanan kesehatan.

### C. PERAN PERAWAT PEDIATRIK

Peran utama perawat pediatrik adalah memberikan asuhan keperawatan langsung kepada anak-anak dan keluarga mereka, menjadi seorang advokat, pendidik, dan manajer. Sebagai advokat anak dan keluarga, perawat melindungi dan meningkatkan perhatian terhadap anak-anak dan keluarga mereka dengan mengetahui kebutuhan dan sumber daya mereka, memberi mereka informasi tentang hak dan pilihan mereka, serta membantu mereka untuk mengambil keputusan yang terbaik. Dalam peran sebagai pendidik, perawat memberi informasi dan konseling kepada anak-anak dan keluarga mereka tentang semua aspek kesehatan dan kesakitan. Perawat pediatrik memastikan bahwa komunikasi dengan anak dan

keluarga berdasarkan pada usia dan tingkat perkembangan anak. Perawat pediatrik menggunakan dan mengintegrasikan temuan riset untuk menetapkan praktik berdasar bukti, mengatur pemberian asuhan dengan cara yang hemat biaya untuk meningkatkan kontinuitas asuhan dan hasil yang optimal untuk anak dan keluarga.

Perawat pediatrik juga bertindak sebagai kolaborator, koordinator asuhan, dan konsultan. Berkolaborasi dengan tim layanan esehatan interdisiplin, perawat pediatrik mengintegrasikan kebutuhan anak dan keluarga ke dalam rencana asuhan yang terkoordinasi. Dalam peran sebagai konsultan, perawat pediatrik memastikan bahwa kebutuhan anak dan keluarga terpenuhi melalui aktivitas, seperti memfasilitasi kelompok pendukung atau bekerja sama dengan perawat sekolah untuk merencanakan asuhan anak.

Dimensi layanan kesehatan pediatrik mengalami perubahan. Komunitas global telah meminimalkan jarak sehingga memungkinkan untuk belajar, berbagi, dan bertukar informasi. Perawat pediatrik perlu menyadari luasnya rentang kebutuhan perkembangan dan kesehatan mental anak-anak serta sifat dan perilaku yang dapat memicu terjadinya masalah kesehatan serius.

Cakupan praktik layanan kesehatan pediatrik jauh lebih luas saat ini, dan perawat pediatrik harus menyertakan intervensi berdasar bukti yang berkualitas ketika mengembangkan rencana asuhan. Selain itu, perawat pediatrik harus menyertakan informasi baru mengenai genetika dan neurobiologi serta harus terus mengikuti perkembangan teknologi.

#### **D. PEMBERIAN ASUHAN YANG BERFOKUS SECARA BUDAYA**

Amerika Serikat bukan lagi "pot peleburan" berbagai budaya dan etnik, tetapi masyarakat dengan setiap individu berbedalah yang membawa keragaman dan kekayaanlah yang umumnya akan memperkaya bangsa. Saat ini, anak-anak tidak sesuai untuk dimasukkan ke dalam serangkaian set kategori atau kelompok. Anak-anak dan keluarga memiliki budaya, struktur keluarga, status sosioekonomi, latar belakang, dan kondisi yang beragam sehingga setiap anak memasuki sistem layanan kesehatan sebagai individu yang unik. Perawat pediatrik harus memiliki sensitivitas yang lebih besar terhadap latar belakang setiap anak dan harus mampu memberikan asuhan yang berfokus pada keunikan anak.

#### **E. PEMBERIAN ASUHAN PADA KONTINUM SEHAT-SAKIT**

Akibat adanya peningkatan diagnosis dan penanganan, perawat pediatrik kini memberi asuhan kepada anak-anak yang bertahan hidup setelah mengalami situasi fatal, anak-anak yang hidup dengan sehat di luar harapan hidup yang biasa untuk kesakitan tertentu, atau anak-anak yang aktif dan menghadiri sekolah meski menyandang ketunadayaan kronis.

Meskipun positif dan menakjubkan, kemajuan dan tren ini menimbulkan tantangan baru bagi komunitas layanan kesehatan. Misalnya, ketika asuhan untuk bayi baru lahir prematur membaik dan

angka kelangsungan hidup meningkat, insiden kondisi kronis jangka panjang juga meningkat, seperti disfungsi jalan napas atau keterlambatan perkembangan. Akibatnya, perawat pediatrik memberi asuhan kepada anak-anak di semua tahap sepanjang kontinum sehat-sakit, dari anak-anak yang sehat, hingga anak-anak yang terkadang sakit, bahkan pada mereka yang mengalami kondisi kronis, dan terkadang ketunadayaan.

## **F. PERSPEKTIF PELAYANAN KESEHATAN BAYI DAN BALITA**

### **1. Hak dan Kewajiban Anak**

Anak merupakan makhluk rentan dan tergantung yang selalu penuh rasa ingin tahu, aktif, serta penuh harapan. Masa anak-anak merupakan awal kehidupan untuk masa-masa berikutnya. Agar menjadi pribadi yang mandiri dan generasi yang berkualitas, anak perlu mendapatkan perlindungan dan perlakuan khusus sesuai kemampuan tumbuh kembangnya.

Perlindungan anak bertujuan untuk menjamin terpenuhinya hak-hak anak agar dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi, sehingga menjadi anak Indonesia yang berkualitas, berakhlak mulia, dan sejahtera. Sesuai dengan UU Perlindungan Anak No. 23/2002, Program Kesehatan Anak disusun berdasarkan Upaya Pemenuhan Hak Anak yang Komprehensif dan Terpadu dengan empat prinsip dasar Konvensi Hak-Hak Anak, yaitu:

- a. Nondiskriminasi
- b. Kepentingan yang terbaik bagi anak
- c. Hak untuk hidup dan berkembang
- d. Penghargaan terhadap pendapat anak

2. Orang tua dan keluarga mempunyai kewajiban dan tanggung jawab
  - a. Mengasuh, memelihara, mendidik, dan melindungi anak.
  - b. Menumbuhkembangkan anak sesuai dengan kemampuan, bakat, dan minatnya.
  - c. Mencegah terjadinya perkawinan pada usia anak-anak.
  - d. Menjaga kesehatan anak dan merawat anak sejak dalam kandungan.
  - e. Jika orang tua tidak ada, tidak diketahui keberadaannya, atau tidak dapat melaksanakan kewajiban dan tanggung jawabnya, maka kewajiban dan tanggung jawab dapat beralih kepada keluarganya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
  
3. Ruang lingkup kegiatan pelayanan pada bayi dan balita  
Menurut Muninjaya (2004), ruang lingkup kegiatan pelayanan pada bayi dan balita di antaranya adalah sebagai berikut.
  - a. Mengamati tumbuh kembang anak balita yang terintegrasi dengan program gizi.
  - b. Memberikan nasihat tentang makanan, mencegah timbulnya masalah gizi karena kekurangan protein dan kalori, serta memperkenalkan jenis makanan tambahan yang terintegrasi program konseling dan gizi
  - c. Merujuk anak-anak yang memerlukan pengobatan yang terintegrasi dengan program pengobatan.

Menurut Kepmenkes tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota No. 1091/Menkes/SK/X/2004 bahwa pelayanan pada anak meliputi neonatal, bayi, dan balita.

### **Masa Neonatal**

Masa neonatal adalah bayi baru lahir sampai berusia 28 hari. Pelayanan yang pada masa neonatal adalah sebagai berikut.

- a. Mencegah infeksi

- b. Menjaga bayi muda selalu hangat
- c. Memberi ASI saja sesering mungkin
- d. Imunisasi

### **Masa Bayi (1-12 Bulan)**

Pelayanan kesehatan pada masa bayi meliputi:

- a. Stimulasi, deteksi, dan intervensi dini tumbuh kembang anak
- b. Memberikan pelayanan kesehatan dengan menggunakan MTBM dan MTBS. MTBM digunakan jika bayi berumur kurang dari dua bulan, sedangkan MTBS digunakan jika bayi berumur dua bulan sampai lima tahun
- c. Memberikan penyuluhan perawatan kesehatan anak di rumah dengan menggunakan buku KIA yang diberikan oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan bayi
- d. Setiap anak hendaknya mendapat pelayanan kesehatan minimal empat kali, yaitu pada umur 1-3 bulan, 3-6 bulan, 6-9 bulan dan umur 9-12 bulan.

### **Masa Balita dan Prasekolah**

Untuk masa balita dan prasekolah, pelayanan kesehatan terutama ditujukan untuk:

- a. Stimulasi, deteksi, dan intervensi dini tumbuh kembang anak (SDIDTKA). Tiap balita hendaknya mendapatkan pelayanan SDIDTKA minimal dua kali per tahun (setiap enam bulan)
- b. Deteksi dini masalah kesehatan dan penanganan penyakit dengan menggunakan MTBS
- c. Pelayanan rujukan ke tingkat yang lebih mampu
- d. Pelayanan dapat dilaksanakan di dalam maupun di luar gedung oleh petugas yang berkompeten.

Beberapa prinsip pendekatan asuhan terhadap bayi, balita, dan anak prasekolah yang harus diperhatikan oleh tenaga kesehatan, yaitu sebagai berikut.

- a. Anak bukan miniatur orang dewasa, melainkan sosok individu yang unik serta mempunyai kebutuhan khusus sesuai dengan tahapan perkembangan dan pertumbuhannya
- b. Berdasarkan kepada pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga permasalahan asuhan terhadap klien sesuai dengan tahap perkembangan anak.
- c. Asuhan kesehatan yang diberikan menggunakan pendekatan sistem.
- d. Selain memenuhi keutuhan fisik, tenaga kesehatan harus memperhatikan keutuhan psikologis

## **G. TUMBUH KEMBANG ANAK**

Istilah pertumbuhan dan perkembangan (tumbuh) pada dasarnya merupakan dua peristiwa yang berlainan, akan tetapi keduanya saling keterkaitan. Pertumbuhan (growth) merupakan masalah perubahan dalam ukuran besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram), ukuran panjang (cm, meter). Sedangkan perkembangan (development) merupakan bertambahnya kemampuan (skill/keterampilan) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Dari dua pengertian tersebut diatas dapat ditarik benang merah bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi sel atau organ tubuh individu, keduanya tidak bisa terpisahkan.

Memang penting sekali bagi orang tua untuk mengetahui hal ini, semua itu dimaksudkan untuk mengetahui hal-hal yang normal dalam rangka mendeteksi deviasi/penyimpangan dari normal. Dengan mempelajari tumbuh kembang akan memberikan efek terhadap bagaimana menilai rata-rata perubahan fisik, intelektual,

sosial dan emosional dari yang normal. Jika dalam hal tersebut ditemukan adanya kelainan atau keterlambatan dalam segi perubahan fisik, intelektual, sosial maupun emosional, orang tua dapat dengan segera memberitahukan/mengkonsultasikan pada dokter anak.

## **H. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TAHAP PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK**

Setiap orang tua akan mengharapkan anaknya tumbuh dan berkembang secara sempurna tanpa mengalami hambatan apapun. Namun ada banyak factor yang dapat berpengaruh terhadap proses pertumbuhan dan perkembangan anak tersebut dimana ada sebagian anak yang tidak selamanya tahapan tumbangnya sesuai dengan apa yang diinginkan oleh orang tua.

1. Faktor Herediter
2. Faktor Lingkungan( Internal & eksternal)
3. Faktor Pelayanan Kesehatan

### **Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Fisik Anak**

1. Tumbuh kembang infant/bayi, umur 0-12 bulan
2. Tumbuh Kembang Toddler (BATITA); umur 1-3 Tahun
3. Tumbuh Kembang Pra Sekolah (4-5 Tahun)
4. Tumbuh Kembang Usia Sekolah (6-12 tahun)
5. Tumbuh Kembang Remaja /Adolescent (13-21 Tahun)

### **Perkembangan Psikososial Anak**

Teori mengenai perkembangan psikososial di kemukakan oleh Erick Ericson (1963)

1. Percaya versus tidak percaya (umur 0-1 tahun)
2. Otonomi versus rasa malu (umur 1-3 tahun)
3. Inisiatif versus rasa bersalah (umur 3-6 tahun)
4. Industri versus inferioritas (umur 6-12 tahun)



## 5. Identitas versus Difusi Peran

### **Teori perkembangan Psikoseksual**

Teori dikemukakan oleh Sigmund Freud ini, dimana setiap tahap mempunyai ciri dan waktu tertentu serta diharapkan berjalan secara kontinyu.

1. Fase Oral (Umur 0 - 1 tahun)
2. Fase Anal (Umur 1-3 tahun)
3. Fase Phallic (Umur 3 - 6 tahun)
4. Fase Latent (Umur 6-12 tahun)
5. Fase Genital

Teori yang disampaikan oleh Piaget mengenai tahap perkembangan intelektual :

1. Sensorik - Motorik (Sejak lahir - 2 tahun)
2. Pre Operasional (umur 2-7 tahun)
3. Konkrit Operasional (umur 7-11 tahun)
4. Format Operation (umur 11 - dewasa)

## BAGIAN 11

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA USIA LANJUT

#### A. ASUHAN KEPERAWATAN DASAR BAGI USIA LANJUT

Asuhan keperawatan usia lanjut adalah rangkaian proses keperawatan ditujukan kepada usia lanjut dengan melakukan pengkajian, merumuskan diagnosis, merencanakan tindakan, melakukan implementasi dan evaluasi. Kegiatan dilakukan perawat dengan memberikan pelayanan berupa membantu, membimbing, mengawasi, melindungi dan menolong individu lanjut usia, kelompok usia lanjut yang berada di rumah, tinggal dilingkungan keluarga, tinggal dipanti werdha, puskesmas maupun rumah sakit.

Asuhan keperawatan diberikan kepada individu maupun kelompok, dalam perawatannya lanjut usia dapat dikategorikan menjadi lanjut usia aktif dan pasif. Lanjut usia aktif, dalam pelaksanaan asuhan keperawatan tidak memerlukan bantuan dari orang lain, terkadang hanya membutuhkan bantuan minimal, lanjut usia mendapatkan dukungan perawatan terkait dengan kebutuhan perawatan diri, kebersihan lingkungan kamar maupun tempat tinggal, kebutuhan nutrisi, kebutuhan kenyamanan dan keamanan, kebutuhan mobilisasi. Lanjut usia pasif, dalam memenuhi kebutuhan tersebut memerlukan bantuan dari orang lain, kebutuhan dengan bantuan penuh dari anggota keluarga, caregiver, petugas kesehatan khususnya untuk lanjut usia yang memiliki masalah kelemahan pada anggota gerak/ ekstremitas.

## **B. TUJUAN ASUHAN KEPERAWATAN USIA LANJUT**

1. Melakukan pencegahan, memberikan perawatan untuk dapat mempertahankan kesehatan dan mempertahankan kemampuan saat menjalani masa usia lanjut.
2. Memberikan *life support* kepada lanjut usia untuk membantu lanjut usia mempertahankan semangat dan daya hidup saat menjalani masa usia lanjut.
3. Melakukan bantuan dan perawatan kepada lanjut usia yang memiliki masalah kesehatan atau memerlukan perawatan jangka panjang baik akut maupun kronis.
4. Perawat atau tim kesehatan dapat menemukan, mengenal maupun menegakkan diagnosis yang tepat lebih awal/ dini, jika ditemukan kelainan tertentu.
5. Memberikan perawatan secara maksimal kepada lanjut usia yang memiliki masalah kesehatan agar dapat mempertahankan dan memelihara kemandirian.

## **C. ASUHAN KEPERAWATAN USIA LANJUT**

1. Pengkajian keperawatan usia lanjut

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal/ pertama dan tahap penting dalam proses asuhan keperawatan, Tindakan untuk memperoleh data subyektif dan obyektif dari data fisik, psikologis, sosial dan spiritual maupun data yang memiliki hubungan dengan masalah kesehatan lansia serta data faktor yang memiliki hubungan atau mempengaruhi masalah kesehatan usia lanjut dan informasi tersebut digunakan dasar dalam penentuan masalah kesehatan.

Pengkajian keperawatan mengidentifikasi faktor positif dan negatif usia lanjut individu maupun kelompok untuk menentukan kebutuhan, masalah kesehatan dan pengembangan melakukan

promosi kesehatan. Tingkat keberhasilan dan ketepatan melakukan pengkajian mempengaruhi proses asuhan keperawatan selanjutnya.

a. Faktor – faktor yang mempengaruhi pengkajian pada usia lanjut. Saat melakukan pengkajian kepada usia lanjut yang dapat mempengaruhi pengkajian yaitu perubahan fungsi seluruh sistem tubuh karena proses lanjut usia, interelasi yang terjadi pada fisik dan psikososial seperti terjadi perubahan fisik, meningkatnya masalah psikis dan terjadinya penurunan kemampuan dalam mekanisme terhadap stress. Faktor berikutnya lanjut usia memiliki penyakit dan ketidakmampuan dalam status fungsional. Perlu diperhatikan komunikasi verbal dan non verbal antara perawat dan lanjut usia, ruangan (kebisingan, suhu, cahaya), gestur/ posisi tubuh , privasi, waspada tanda keletihan pada lanjut usia.

b. Pendekatan perawatan usia lanjut

1) Pendekatan fisik

Kebutuhan kesehatan terkait masalah fisik terutama perubahan yang terjadi saat menuju usia lanjut, penyakit yang dialami, tingkat kesehatan yang masih bisa dicapai dan dikembangkan, pencegahan dan penekanan berbagai macam penyakit untuk progresivitasnya. Pendekatan fisik pada lanjut usia disesuaikan dengan kondisi lanjut usia, kondisi lanjut usia aktif, mampu bergerak mandiri tanpa bantuan dalam memenuhi kebutuhan sehari – hari (*activity daily living*) dan kondisi lanjut usia yang memerlukan bantuan dari orang lain, mendapatkan perhatian khusus dalam penanganan. Kebutuhan lanjut usia meliputi personal hygiene, makan, eliminasi, nutrisi, mobilisasi.

2) Pendekatan psikis/ psikologis

Melakukan pendekatan edukasi terutama terkait kesehatan. Memiliki peran mensupport, pendukung/interpreter terhadap sesuatu yang asing, menerima keluhan dan menampung rahasia pribadi lanjut usia. Dibutuhkan kesabaran, ketelitian dalam melakukan pendekatan serta

pemberian kesempatan dan waktu dalam merespon, mendengarakan keluhan yang dirasakan lanjut usia. Prinsip "Tripple" atau 3S, yaitu sabar, simpatik dan service, merupakan prinsip yang harus dipegang dan dilakukan perawat. Kondisi aman dan nyaman selama proses asuhan keperawatan, motivasi dan dukungan dari perawat diperlukan lanjut usia yang mengalami perubahan dan penurunan fisik yang berdampak pada psikis/psikologisnya seperti rendah diri, putus asa, perubahan dalam tingkah laku atau pandangan, perubahan mental. Perawatan dilakukan secara bertahap, perlahan sesuai dengan kondisi usia lanjut sehingga usia lanjut merasakan puas dan bahagia dengan perawatan yang dilakukan.

### 3) Pendekatan sosial

Setiap individu merupakan makhluk sosial yang berhubungan satu dengan lain. Pendekatan yang dilakukan dapat berupa kegiatan bertukar pikiran, diskusi, sharing maupun bercerita terkait masalah kesehatan atau perubahan yang terjadi. Kegiatan bisa dilakukan antar individu, individu lansia dengan perawat atau secara berkelompok saat berkumpul bersama untuk menciptakan sosialisasi diantara lanjut usia. Komunikasi dan kegiatan bersama yang dilakukan merupakan salah satu cara yang dapat menjadi motivasi untuk usia lanjut dalam proses penyembuhan penyakit.

### 4) Pendekatan spiritual

Proses penuaan dan proses degeneratif yang terjadi pada usia lanjut, penyakit yang diderita, mendekati kematian terkadang menimbulkan kecemasan dan ketakutan dalam diri. Perawat dapat memberikan ketenangan, kenyamanan, kepuasan batin kepada usia lanjut dalam hubungan dengan tuhan dan agama yang mereka anut. Reaksi dan cara menghadapi pada setiap lanjut usia berbeda, oleh karena itu diperlukan perawat yang dapat mendampingi.

c. Data pengkajian usia lanjut

1) Perubahan fisik

Data wawancara meliputi: identitas pasien, keluhan utama, riwayat Kesehatan saat ini, riwayat kesehatan yang lalu, Riwayat Kesehatan keluarga, Riwayat terkait dengan problema utama geriatri (sindrom geriatri). Pengumpulan data wawancara meliputi: kebiasaan lanjut usia dalam perawatan diri, kegiatan apa saja yang dilakukan (aktivitas fisik, olahraga, senam lanjut usia), kekuatan fisik seperti mobilitas, kemampuan penginderaan seperti pendengaran dan penglihatan, kebiasaan yang berhubungan dengan nutrisi makan dan minum, diet, pantangan), pola istirahat/ tidur, pola BAK dan BAB.

Pengumpulan data dengan pemeriksaan fisik kegiatan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara *head to toe* (dimulai dari kepala, mata, hidung, telinga, wajah, mulut, leher, dada, paru, jantung, abdomen, genitalia, integumen, dan ekstremitas atas bawah), atau secara sistem (sistem kardiovaskuler, sistem respirasi, sistem persyarafan, sistem gastrointestinal, sistem eliminasi, Sistem genitourinarius, sistem pendengaran, sistem penglihatan, sistem musculoskeletal, sistem integument, sistem pengaturan suhu tubuh, sistem genitalia, sistem endokrin). Selain itu juga harus melihat dari 141 sindrom yang terjadi pada geriatri yaitu masalah *Immobility; Instability; Incontinence; Intellectual Impairment; Infection; Impairment of Sensory/Vision; Impaction; Isolation; Inanition; Impecunity; Iatrogenesis; Insomnia; Immunodeficiency* dan *Impotenci*.

2) Perubahan psikologis

Kejadian yang menimbulkan gangguan dan menyebabkan perubahan lansia kearah kerusakan progresif terutama aspek psikologis meliputi sikap usia lanjut terhadap proses penuaan yang terjadi dalam tubuhnya; perasaan merasa dibutuhkan oleh orang lain atau tidak; sikap dari keluarga, orang disekitar dan lingkungan terkait

dengan tradisi atau budaya; penyesuaian diri terhadap kondisi atau keadaan yang berubah, atau kegagalan; mekanisme koping dalam menghadapi stress atau tekanan, kecemasan, depresi, kepikunan; kemampuan fungsi kognitif seperti proses pikir, alam perasaan, kemampuan orientasi, daya ingat dan kemampuan penyelesaian masalah yang terjadi; dalam kehidupan seksual terkait dengan rasa tabu, malu dalam kehidupan seksual, disfungsi seksual terkait perubahan hormon; kehidupan dengan pasangan/ditinggal pasangan karena salah satu pasangan meninggal/kehilangan orang terdekat; kebosanan, rasa lelah karena tidak ada variasi dalam kehidupan; konsep diri saat terjadi masa penuaan karena kehilangan jabatan atau pekerjaan; tingkat optimis terkait kehidupan dan harapan lanjut usia.

### 3) Perubahan sosial dan ekonomi

Lanjut usia yang memasuki masa pensiun tidak semua memiliki keuangan yang baik. Kehilangan kedudukan, jabatan, peran, status, harga diri membuat lanjut usia tidak dapat menikmati masa tua. Data yang perlu dikaji meliputi status tinggal lansia (sendiri atau bersama keluarga); asal sumber keuangan; kegiatan/kesibukan/hobi lansia dalam mengisi waktu luang, organisasi/perkumpulan yang diikuti; pandangan lansia terhadap lingkungan dan keikutsertaan; berhubungan dengan orang lain dilingkungan/ luar rumah; tingkat ketergantungan lansia.

### 4) Perubahan spiritual

Pelaksanaan ibadah yaitu keteraturan mengikuti kegiatan ibadah sesuai dengan agama; keyakinan terhadap kesehatan; keikutsertaan dan keterlibatan mengikuti kegiatan keagamaan; penyelesaian masalah yang terjadi dengan ibadah/ berdoa.

### 5) Pengkajian khusus pada lansia

- a) Pengkajian status fungsional dengan Index katz merupakan penilaian melakukan kemandirian aktivitas hidup sehari hari

(*activity daily living*) meliputi 6 kemandirian dalam hal makan, minum, berpakaian, berpindah, ke kamar kecil dan mandi.

- b) Pengkajian status kognitif, kuesioner yang digunakan yaitu pertama adalah *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) untuk penilaian fungsi intelektual dari lansia. terkait dengan orientasi, memori, riwayat pribadi, memori. Kedua adalah *Mini Mental State Exam* (MMSE), menguji kognitif dari fungsi mental meliputi orientasi, registrasi, kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.
- c) Pengkajian resiko jatuh/ jatuh menggunakan *time up go* (TUG) test adalah pemeriksaan untuk mengukur keseimbangan dan resiko jatuh. Kuesioner *Mores fall scale* (MFS) digunakan untuk mengidentifikasi resiko pasien jatuh.
- d) Pengkajian psikososial menggunakan *geriatric depression scale* (GDS) untuk menilai tingkat depresi pada lanjut usia.
- e) Pengkajian APGAR keluarga dengan lansia, kuesioner ini digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lanjut usia dengan 5 pertanyaan untuk melihat fungsi *adaptation, partnership, growth, affection* dan *resolve*.
- f) Status nutrisi menggunakan pengkajian determinan nutrisi pada lansia.
- g) Kuesioner untuk mendeteksi kesepian dengan menggunakan *The UCLA Loneliness Scale*.

## 2. Diagnosis Keperawatan Usia Lanjut

Tahapan kedua proses keperawatan dan merupakan "*Clinical Judgment*" atau keputusan klinis berfokus pada respon manusia dalam hal ini adalah lanjut usia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan (*vulnerability*) baik pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas lansia tersebut. Data tersebut merupakan kesimpulan dari kumpulan data yang didapatkan dari lansia yang menggambarkan masalah.



Jenis diagnosis keperawatan yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit, diagnosis ini terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Diagnosis positif menunjukkan kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal, diagnosis ini yaitu diagnosis promosi kesehatan.

Perumusan diagnosis keperawatan menurut standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu sebagai berikut:

*Tabel 11.1 Diagnosa Keperawatan*

Jenis Diagnosis keperawatan	Perumusan diagnosis keperawatan
Aktual	masalah berhubungan dengan (b.d) penyebab dibuktikan dengan (d.d) tanda gejala contoh: gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, merasa cemas saat bergerak, nyeri saat bergerak, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, fisik lemah, gerak terbatas, sendi kaku.
Risiko	masalah dibuktikan dengan faktor risiko contoh: risiko jatuh dibuktikan dengan usia $\geq 65$ tahun
Promosi kesehatan	masalah dibuktikan dengan tanda/gejala contoh: kesiapan peningkatan manajemen kesehatan dibuktikan dengan mengekspresikan keinginan untuk mengolah masalah kesehatan dan pencegahannya, menggambarkan berkurangnya faktor risiko terjadinya masalah kesehatan, pilihan hidup sehari – hari tepat untuk memenuhi tujuan program kesehatan, tidak ditemukan adanya gejala masalah kesehatan atau penyakit yang tidak terduga.

Masalah keperawatan yang sering terjadi pada usia lanjut adalah meliputi: Fisik (defisit nutrisi, inkontinensia, kontipasi, intoleransi aktivitas, nyeri, gangguan pola tidur, defisit perawatan diri, risiko jatuh, gangguan mobilitas fisik), Psikologis (berduka, ansietas, harga diri, ketidakberdayaan) dan Spiritual (distress spiritual).

### 3. Intervensi Keperawatan Usia Lanjut

Tahap ini diperlukan pengetahuan dan ketrampilan perawat dalam memecahkan masalah keperawatan, kemampuan pengambilan keputusan, kemampuan membuat tujuan dan strategi dan rencana kolaborasi dengan tim kesehatan yang lain. Tujuan perencanaan adalah menurunkan, mengurangi maupun mencegah dari masalah kesehatan yang akan atau sudah terjadi.

Perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan prioritas dari diagnosis keperawatan. Prioritas diagnosis keperawatan dibuat berdasarkan tingkat kegawatan/mengancam jiwa (3 prioritas yaitu tinggi, sedang dan rendah) dan berdasarkan kebutuhan maslow (kebutuhan fisiologis, kebutuhan keamanan dan keselamatan, kebutuhan mencintai dan dicintai, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri).

Prinsip tindakan keperawatan pada lansia yaitu penerapan pendekatan pelayanan asuhan keperawatan yang berkesinambungan (*continuum of care*); perawatan jangka Panjang (*long term care*); perawatan lansia di rumah terutama terkait dengan kesiapan keluarga; rehabilitasi terutama Discharge planning; kemandirian.

Penentuan tujuan dan kriteria hasil dari asuhan keperawatan: tujuan merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosis keperawatan. Kriteria hasil adalah hasil yang diharapkan dan merupakan standar evaluasi dari gambaran faktor - faktor yang dapat memberikan petunjuk tujuan telah tercapai. Kriteria hasil berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan, kriteria hasil spesifik, konkrit sehingga mudah diukur dan dapat diukur, hasil dapat dilihat, didengar dan menggunakan kata kata positif bukan negatif. Berikut contoh intervensi keperawatan

Tabel 11.2 Intervensi Keperawatan

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, merasa cemas saat bergerak, nyeri saat bergerak, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, fisik lemah, gerak terbatas, sendi kaku.</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3 x 24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Gerakan terbatas menurun</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun</li> <li>6. Kaku sendi menurun</li> <li>7. Nyeri menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Ambulasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>2. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</li> <li>5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>7. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>8. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ol>

#### 4. Implementasi Keperawatan Usia Lanjut

Kegiatan pada tahap ini merupakan tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan dan hasil dari penyelesaian masalah kesehatan. Tindakan berupa melakukan bantuan, melakukan kolaborasi, melakukan edukasi. Pada tahap ini perawat dapat melakukan pengkajian ulang kepada lansia, kemampuan dalam prosedur

tindakan, memahami tingkat perkembangan lansia, menelaah ataupun memodifikasi rencana asuhan keperawatan. Tujuan implementasi difokuskan pada pengoptimalan kondisi lansia agar dapat mandiri dan produktif. Contoh Implementasi pada lansia untuk individu atau kelompok seperti aktivitas fisik/ exercise/ olahraga, terapi aktivitas kelompok dan Latihan kognitif.

#### 5. Evaluasi Keperawatan Usia Lanjut

Pada tahap ini dilakukan penilaian dengan membandingkan kondisi/respon lansia dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan. Dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan lansia maupun tim kesehatan yang lainnya. Penilaian ini digunakan untuk mengukur tingkat keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pada lansia. Hasil penilaian tersebut dapat memberikan keputusan rencana keperawatan yang sudah menjadi tujuan untuk: a) mengakhiri/menghentikan jika tujuan dan kriteria hasil telah tercapai; b) meneruskan/melanjutkan jika tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan masih memerlukan waktu yang lebih lama; c) memodifikasi jika rencana yang dilakukan tidak efektif atau timbul masalah yang baru.

Manfaat evaluasi dalam keperawatan yaitu dapat menentukan kondisi perkembangan Kesehatan lansia; menilai pelaksanaan, efisien, efektifitas dan produktifitas asuhan keperawatan yang telah diberikan; umpan balik dalam melakukan perbaikan dan penyusunan rencana baru.

Jenis evaluasi keperawatan ada 3 yaitu evaluasi struktur, evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi hasil terdiri dari 2 yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan antara SOAP (*Subjektive-Objektive- Assesment-Planning*) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Berikut penjelasan terkait dengan SOAP yaitu:

*Tabel 11.3 Evaluasi keperawatan*

<b>Komponen evaluasi</b>	<b>Penjelasan</b>
S (Subjective)	informasi berupa ungkapan yang didapat dari lansia setelah tindakan diberikan.
O (Objective)	Informasi yang didapat berupa hasil pengamatan/ observasi, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
A (Assessment)	Membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi (digunakan untuk diagnosis keperawatan aktual) dan risiko terjadi, risiko tidak terjadi (digunakan untuk diagnosis keperawatan risiko).
P (Planning)	Rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis (perencanaan bisa dihentikan jika sudah memenuhi, bisa dilanjutkan jika masih memerlukan waktu yang lebih, bisa diganti dengan rencana baru/ dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan).

## BAGIAN 12

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA KEHAMILAN DAN PERSALINAN

#### A. KONSEP KEHAMILAN

##### 1. Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan waktu dalam beradaptasi terhadap perubahan baik fisik maupun perubahan psikologis pada wanita dan pasangannya untuk menjadi orang tua (Jayne Klossner & Hatfield, 2010). Awal kehamilan dimulai saat masa konsepsi yaitu terjadinya pertemuan antara sel sperma dan ovum, kemudian terjadilah fertilisasi yang terjadi di rahim bagian tuba falopi.

Kehamilan berlangsung selama 40 minggu yang dihitung berdasarkan hari pertama haid terakhir. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, yaitu: trimester 1 yaitu 1-12 minggu, trimester 2 yaitu 13-28 minggu, dan trimester 3 yaitu 29 sampai 40 minggu.

##### 2. Tanda dan gejala kehamilan

Terdapat 3 kategori tanda dan gejala kehamilan, yaitu

- a. Tanda presumtif yaitu perubahan spesifik yang dirasakan wanita, yang kadang diindikasikan sebagai penyakit, contoh: amenore, fatigue, mual dan muntah, payudara menegang, peningkatan frekuensi berkemih, hiperpigmentasi pada wajah, payudara dan abdomen, tanda *Quickening* (biasanya pada usia kehamilan 16-20 minggu).
- b. Tanda kemungkinan kehamilan. merupakan tanda perubahan secara objektif atau yang dilihat oleh pemeriksa tetapi belum merupakan konfirmasi yang pasti. Contoh: perubahan uterus (pembesaran uterus, tanda hegar, tanda Goodell – serviks melunak), perubahan pada vagina: tanda chadwick (warna

menjadi keunguan), ballottement, pemeriksaan kehamilan (pada urin dan darah terdeteksi hCG), kontraksi Braxton Hicks).

- c. Tanda positif, yaitu sudah dikonfirmasi positif hamil, yang hanya bisa dilihat jika ada janin. Contoh: denyut jantung janin (yang didengar dengan fetoscope, Doppler), pergerakan janin, USG menunjukkan visualisasi janin dan pergerakan denyut jantung janin.

### 3. Adaptasi kehamilan

Perubahan yang terjadi pada tubuh wanita hamil dapat disebabkan karena pengaruh hormonal, pertumbuhan janin, ataupun adaptasi fisiologis dan psikologis selama kehamilan.

#### **Adaptasi Fisiologis**

##### a. Sistem reproduksi

Pada uterus terjadi pembesaran uterus karena hipertropi dan hiperplasia sel. Ukuran uterus pada akhir kehamilan bisa mencapai 28 x 24 x 21 cm, dengan berat 1100 gram, dengan kapasitas 5000 ml (5 L). Pembesaran uterus akan berlangsung secara bertahap sesuai usia kehamilan. Aliran darah akan meningkat dengan cepat saat uterus membesar. Ujung serviks melunak pada awal minggu ke-6 yang dinamakan tanda Goodell. Adanya janin menimbulkan gerakan pasif yang disebut dengan ballottement yang dapat dilihat pada minggu ke 16-18 kehamilan. Pada bulan ke-4 terjadi kontraksi yang ireguler dan tidak nyeri yang dinamakan kontraksi Braxton Hicks. Pada vagina dan vulva akan tampak warna keungubiruan yang disebut dengan tanda Chadwick – dapat dilihat pada awal minggu ke-6 hingga minggu ke-8. Leukorrhea muncul dengan sekret mukosa keputihan atau sedikit keabuan, dan berbau agak apek.

##### b. Payudara

Pada awal kehamilan terjadi peningkatan kadar estrogen dan progesterone menyebabkan payudara terasa penuh, lebih

sensitive, rasa geli dan terasa lebih berat. Puting dan areola berwarna lebih gelap.

c. Sistem respirasi

Kebutuhan oksigen terjadi peningkatan karena peningkatan laju metabolisme dan bertambahnya jaringan uterus dan payudara.

d. Sistem kardiovaskular

Pada jantung terjadi hipertropi ringan karena peningkatan volume darah dan curah jantung. Tekanan darah dapat mengalami perubahan yang dapat disebabkan beberapa faktor. Denyut nadi meningkat 10-15 kali/menit pada rentang kehamilan 14-20 minggu, dan akan menetap sampai kehamilan aterm.

e. Traktus urinary

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan meningkatkan frekuensi berkemih karena adanya kompresi kandung kemih oleh uterus, sehingga keinginan untuk berkemih akan terasa walaupun kandung kemih hanya mengandung sedikit urine.

f. Kulit dan rambut

Peningkatan hormone melanotrofin menyebabkan hiperpigmentasi pada puting susu, areola, ketiak, dan vulva. Pada wajah dapat muncul melasma yang disebut dengan cloasma gravidarum. Pada abdomen tampak garis putih (linea alba) berubah menjadi lebih gelap (linea nigra). Pada pertengahan kedua kehamilan muncul striae gravidarum (stretchmark) di abdomen, karena adanya pemisahan jaringan ikat di bawah kulit.

g. Sistem muskuloskeletal

Distensi abdomen membuat pinggul condong kedepan, penurunan tonus otot abdomen, dan bertambahnya beban menyebabkan perubahan postur pada ibu hamil. Pada dinding otot abdomen akan meregang dan kehilangan sebagian



tonusnya, dan terjadi pemisahan otot yang disebut dengan diastasis rektus abdominis.

h. Sistem pencernaan

Pada awal kehamilan beberapa wanita akan mengalami *morning sickness* yaitu rasa mual dengan atau tanpa muntah yang terjadi karena peningkatan kadar hCG dan perubahan metabolisme karbohidrat. Rasa tidak nyaman pada abdomen disebabkan karena rasa berat dan tekanan di panggul. Rasa kembung, distensi, kram usus, serta kontraksi uterus meningkatkan rasa tidak nyaman.

### Adaptasi Psikologis

- a. Trimester I: Ambivalen, ketakutan dan fantasi
- b. Trimester II: ibu merasa lebih nyaman, lebih berkonsentrasi dengan kebutuhan ibu dan janinnya, telah menyadari adanya perilaku atau gerakan janin, mulai belajar mengenal identitas diri sebagai ibu dengan banyak mencari informasi pada ibu, ibu lebih egosentris, serta emosinya lebih labil dan mood yang sering berubah
- c. Trimester III: mulai mengalami ketidaknyamanan seperti susah tidur, sering miksi, mulai mengalami ketakutan terhadap kesehatannya dan kecemasan tentang proses persalinan.

## B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA KEHAMILAN

Diagnosis keperawatan pada ibu hamil dimulai saat trimester 1, 2 dan 3. Beberapa diagnosis keperawatan yang mungkin muncul:

1. Trimester 1
  - a. Kecemasan
  - b. Gangguan rasa nyaman
  - c. Defisit nutrisi
  - d. Pola seksual tidak efektif
  - e. Resiko kehamilan tidak dikehendaki

2. Trimester 2
  - a. Gangguan rasa nyaman
  - b. Kecemasan
  - c. Pola seksual tidak efektif
  - d. Gangguan citra tubuh
  - e. Resiko cedera pada ibu
  - f. Resiko cedera pada janin
3. Trimester 3
  - a. Gangguan rasa nyaman
  - b. Pola napas tidak efektif
  - c. Kecemasan
  - d. Gangguan pola tidur
  - e. Gangguan eliminasi urin
  - f. Konstipasi
  - g. Kesiapan persalinan

## C. KONSEP PERSALINAN

### 1. Definisi Persalinan

Periode intranatal atau sering disebut sebagai persalinan adalah suatu proses dimana fetus dan plasenta keluar dari uterus, ditandai dengan peningkatan aktivitas otot rahim (frekuensi dan intensitas kontraksi) yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks serta keluarnya lendir darah (*bloody show*) dari vagina.

### 2. Faktor persalinan

Ada 5 faktor yang mempengaruhi persalinan

#### a. Power (Kontraksi/kekuatan)

Kekuatan kontraksi dan kekuatan ibu membantu pengeluaran janin dan plasenta. Kontraksi primer yaitu kontraksi tidak disadari, pada permulaan persalinan, dan kontraksi sekunder

adalah ketika serviks berdilatasi, adanya usaha mengejan, dan menambah kontraksi yang tidak disadari.

b. Passageway (jalan lahir)

Jalan lahir meliputi tulang panggul dan jaringan lunak leher rahim/serviks, panggul, vagina, dan introitus (liang vagina). Bentuk panggul ideal untuk dapat melahirkan secara pervaginam adalah *ginekoid*.

c. Passenger (Fetus dan plasenta)

Passenger/janin dan hubungannya dengan jalan lahir, merupakan faktor utama dalam proses melahirkan. Hubungan antara janin dan jalan lahir termasuk tengkorak janin, sikap janin, sumbu janin, presentasi janin, posisi janin dan ukuran janin.

d. Psikologis (respon fisiologis)

Pengalaman seorang ibu dan kepuasan selama proses persalinan dan kelahiran dapat ditingkatkan bila ada koordinasi tujuan diadakannya kolaborasi antara ibu dan tenaga kesehatan dalam rencana perawatan. Ibu dengan cemas berlebihan dapat menjadi hambatan dilatasi/ pelebaran serviks sehingga persalinan menjadi lama serta meningkatkan persepsi nyeri. Kecemasan dapat meningkatkan hormone yang berhubungan dengan stress seperti *beta-endorphin*, hormone *adrenocorticotropic*, kortisol dan epineprin. Hormon-hormon tersebut mempengaruhi otot polos uterus dan menurunkan kontraktilitas (kontraksi) uterus.

e. Position (posisi ibu)

Posisi bersalin membantu adaptasi secara anatomis dan fisiologis untuk bersalin.

### 3. Tahap persalinan

Ada 4 kala dalam persalinan, yaitu kala 1, kala 2, kala 3 dan kala 4. Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut:

a. Kala 1

Kala 1 merupakan waktu perubahan dari dilatasi serviks. Kala ini dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur & meningkat (frekuensi & kekuatannya) hingga servix membuka lengkap (10 cm). Tahap terpanjang biasanya berlangsung 12 jam untuk primigravida dan 8 jam untuk multigravida. Selaput membran amnion atau selaput janin biasanya pecah selama tahap ini. Peningkatan curah jantung ibu dan denyut nadi ibu bisa meningkat. Penurunan motilitas/gerakan gastrointestinal, yang menyebabkan peningkatan waktu pengosongan lambung. Ibu akan mengalami rasa sakit yang terkait dengan kontraksi uterus saat serviks membuka dan menipis. Ada 2 fase pada kala 1, yaitu:

- 1) Fase laten: Dimulai sejak awal berkontraksi sampai penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga serviks membuka < 4 cm. Umumnya fase ini berlangsung hampir/ hingga 8 jam.
- 2) Fase aktif: Frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat secara bertahap (kontraksi 3 X dalam 10 menit, selama 40 detik/lebih). Dari pembukaan 4–10 cm terjadi kecepatan rata-rata 1 cm/ jam (nulipara/ primigravida) atau > 1–2 cm (multipara). Pada fase ini terjadi penurunan bagian terbawah janin.

b. Kala 2

Kala ini dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Berlangsung selama 50 menit untuk primigravida, dan 20 menit untuk multigravida. Biasanya klien merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, klien merasa adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vagina. Kontraksi menjadi sering, terjadi setiap 2 menit dan selama 60 detik. Pada kala 2 terjadi peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah (*bloody show*), perineum menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka. **Tanda pasti**

**kala II** dapat diperiksa melalui *vaginal touche*/pemeriksaan dalam dengan hasil pembukaan serviks telah lengkap dan terlihat bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

c. **Kala 3**

Kala ini dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Pemisahan plasenta biasanya terjadi dalam beberapa menit setelah melahirkan. Setelah plasenta terpisah dari dinding rahim, rahim terus berkontraksi sampai plasenta dikeluarkan. Proses ini biasanya memerlukan waktu 5 sampai 20 menit pasca melahirkan bayi dan terjadi secara spontan. Untuk mengkaji pelepasan plasenta dapat dilihat melalui perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang, dan terdapat semburan darah mendadak dan singkat.

Pada kala ini dilakukan manajemen aktif kala 3 untuk menghasilkan kontraksi yang lebih sedikit, sehingga bisa mencegah perdarahan dan mengurangi resiko retensio plasenta. Manajemen aktif kala 3 yaitu: pemberian suntikan oksitosin 10 unit yang diberikan intramuskuler dalam 1 menit setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali, dan melakukan masase fundus uteri.

d. **Kala 4**

Persalinan kala 4 dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah melahirkan plasenta. Kala ini merupakan fase pemulihan, dan penting untuk memantau komplikasi persalinan yang mungkin terjadi seperti hemoragik postpartum.

## **D. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PERSALINAN**

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada persalinan dilihat berdasarkan tahap persalinan, yaitu:

1. **Kala 1**

- a. Ansietas
  - b. Nyeri melahirkan
  - c. Hypovolemia
  - d. Resiko hypovolemia
  - e. Keletihan
  - f. Gangguan pola tidur
  - g. Pola napas tidak efektif
  - h. Resiko cedera ibu
  - i. Resiko cedera pada janin
  - j. Kesiapan persalinan
2. Kala 2
- a. Nyeri persalinan
  - b. Hypovolemia
  - c. Resiko cedera ibu
  - d. Resiko cedera janin
  - e. Harga diri rendah situasional
  - f. Keletihan
  - g. Kesiapan persalinan
3. Kala 3
- a. Ansietas
  - b. Keletihan
  - c. Resiko hypovolemia
  - d. Resiko perdarahan
4. Kala 4
- a. Resiko perdarahan
  - b. Hypovolemia
  - c. Resiko hypovolemia
  - d. Ansietas
  - e. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua

## BAGIAN 13

### KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

#### A. KESEHATAN DAN GANGGUAN JIWA

##### 1. Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sejahtera dikaitkan dengan kebahagiaan, kegembiraan, kepuasan, pencapaian, optimisme, atau harapan. Berikut ini enam kriteria sebagai indikator sehat jiwa: sikap positif terhadap diri sendiri; berkembang, aktualisasi diri dan ketahanan diri; integrasi; otonomi; persepsi sesuai realita; dan penguasaan lingkungan.

Sikap positif terhadap diri sendiri melalui penerimaan diri sendiri dan kesadaran diri. Seseorang harus memiliki objektifitas tentang dirinya dan aspirasi yang realistic dan perlu berubah sesuai usia. Orang yang sehat juga harus mempunyai perasaan tentang identitas, keutuhan, rasa memiliki, rasa aman dan kebermaknaan.

Perkembangan, aktualisasi diri dan fleksibilitas berarti individu mencari pengalaman baru untuk lebih menggali aspek dirinya sendiri, Maslow dan Rogers mengembangkan teori tentang realisasi potensi manusia. Maslow menguraikan konsep aktualisasi diri, Roger menekankan pada manusia yang berfungsi secara penuh. Kedua teori tersebut berfokus pada kisaran penyesuaian manusia secara utuh. Mereka menjelaskan diri sendiri sebagai seseorang yang selalu mencari pertumbuhan, perkembangan, dan tantangan baru.

Integrasi adalah keseimbangan antara apa yang diekspresikan dan apa yang direpresikan, antara konflik dalam diri sendiri dan diluar diri sendiri. Kriteria ini dapat diukur oleh kemampuan seseorang untuk menghadapi stress dan mengatasi ansietas.

Otonomi melibatkan kemandirian, suatu keseimbangan antara ketergantungan dan ketidaktergantungan, serta penerimaan konsekuensi atas tindakan sendiri. Hal ini berimplikasi pada seseorang untuk bertanggung jawab atas keputusan, tindakan, pikiran, dan perasaannya, sehingga orang yang akan menghormati otonomi dan kebebasan orang lain.

Persepsi sesuai realita adalah kemampuan individu untuk menguji asumsi tentang dunia dan perubahan persepsi berdasarkan informasi baru, kriteria ini meliputi empati, kepekaan social, dan menghormati perasaan dan sikap orang lain.

Penguasaan lingkungan memungkinkan seseorang yang berjiwa sehat untuk merasa berhasil dalam peran yang diterima masyarakat. Seseorang dapat mengatasi dunia secara efektif, menyelesaikan masalah pribadi dan mencapai kepuasan dalam kehidupannya.

## 2. Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh individu yang menyebabkan distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan. Hal ini mencerminkan disfungsi psikobiologis dan bukan sebagai akibat penyimpangan social atau konflik dengan masyarakat.

## 3. Klasifikasi Gangguan Jiwa

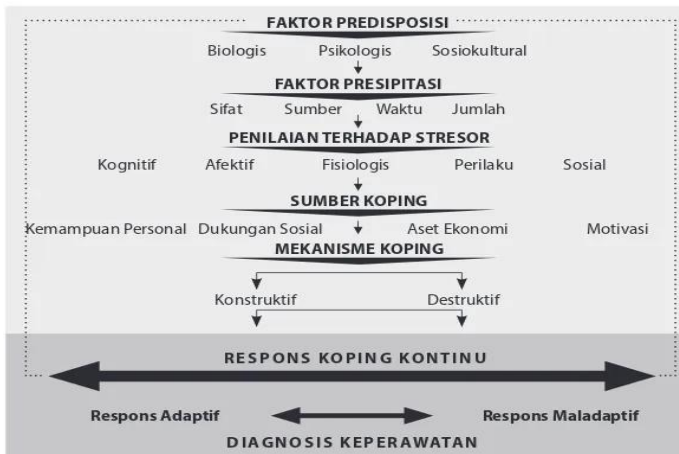
Gangguan jiwa dapat dibedakan secara luas sebagai neurotik atau psikotik. Neurotik memiliki karakteristik sebagai berikut: gejala atau kelompok gejala yang mengganggu dan dikenal sebagai sesuatu yang asing dan tidak dapat diterima oleh individu, perilaku tidak mengaggu norma social (walaupun fungsi mungkin cukup terganggu), gangguan cukup lama atau kambuh lagi jika tanpa pengobatan dan bukan merupakan reaksi terhadap stressor. Tidak terlihat adanya penyebab atau factor organik. Walaupun demikian dalam situasi konflik yang ekstrim orang tersebut mungkin terganggu



realitasnya, seperti pada psikosis. Karakteristik psikosis sebagai berikut: perilaku agresif, disintegrasi kepribadian, penurunan bermakna pada tingkat kesadaran, kesulitan yang besar dalam berfungsi secara adekuat, kerusakan yang nyata/berat pada uji realitas.

## B. KOMPONEN BIOPSIKOSOSIAL

Komponen biopsikososial spesifik dari model adaptasi stress Stuart. tertera pada gambar di bawah ini.



Gambar 13.1 Komponen Biopsiososial dari Model Adaptasi Stres Stuart tentang Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa

**Faktor Predisposisi**, merupakan faktor resiko dan protektif yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan seseorang untuk mengatasi stress. Faktor predisposisi tersebut terdiri dari aspek biologis, psikologis, dan sosial budaya.

**Stresor presipitasi** adalah stimulus yang menantang, mengancam atau menuntut individu. Stressor bisa bersifat biologis, psikologis, atau social budaya. Stimulus ini berasal baik dari lingkungan internal

maupun eksternal manusia, penting juga mengkaji waktu stressor, berapa lama terpapar dan seberapa sering terjadi. Faktor terakhir adalah jumlah stressor yang di alami individu dalam masa tertentu.

**Penilaian terhadap stressor**, melibatkan penetapan makna dan pemahaman tentang dampak dari suatu situasi yang menimbulkan stress pada individu. Hal ini termasuk respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan social. Penilaian adalah suatu evaluasi tentang kemaknaan suatu peristiwa terkait dengan kesejahteraan seseorang. Stressor mengandung arti, intensitas dan penting dengan interpretasi yang unik dan bermakna yang diberikan oleh seseorang yang beresiko sakit.

**Sumber koping**, merupakan pilihan-pilihan atau strategi-strategi yang membantu menentukan apa yang dapat dilakukan dan apa yang beresiko. Sumber koping adalah sumber pelindung, hal yang termasuk sumber koping adalah asset finansial/kemampuan ekonomi, kemampuan dan ketrampilan, dukungan social, dan motivasi.

**Mekanisme koping**, adalah semua upaya yang diarahkan untuk mengelola stress yang dapat bersifat konstruktif atau destruktif. Ada tiga jenis mekanisme koping yaitu : mekanisme koping berfokus pada masalah, berfokus secara kognitif dan berfokus pada emosi.

**Pola Respon**, respon yang mendukung fungsi terintegrasi dianggap sebagai respon adaptif, dan respon yang menghambat fungsi terintegrasi dianggap sebagai respon maladaptive.

### C. TAHAPAN TRITMEN DAN KEGIATAN

Model mengidentifikasi empat tahap tritmen yang memungkinkan; krisis, akut, pemeliharaan kesehatan dan promosi kesehatan.

**Tahap krisis;** tujuan keperawatan; stabilisasi klien, pengkajian keperawatan berfokus pada factor resiko yang mengancam kesehatan dan kesejahteraan klien, tindakan keperawatan diarahkan pada pengelolaan lingkungan untuk keselamatan. Hasil asuhan keperawatan yang diharapkan; tidak membahayakan klien atau orang lain.

**Tahap akut;** tujuan keperawatan meringankan penyakit klien, pengkajian keperawatan berfokus pada gejala klien dan respon koping maladaptif, tindakan keperawatan diarahkan pada perencanaan tritmen dengan klien dan menjadi contoh peran dan pengajaran respon adaptif, hasil asuhan keperawatan yang diharapkan penurunan gejala,

**Tahap pemeliharaan kesehatan;** tujuan keperawatan pemulihan total klien, pengkajian keperawatan berfokus pada status fungsi klien, tindakan keperawatan diarahkan pada mendorong respon koping adaptif klien dan advokasi klien. Hasil asuhan keperawatan yang diharapkan peningkatan fungsi klien.

**Tahap promosi kesehatan;** tujuan keperawatan pencapaian tingkat kesejahteraan optimal klien, pengkajian keperawatan berfokus pada kualitas hidup dan kesejahteraan klien, tindakan keperawatan diarahkan pada menginspirasi dan memvalidasi klien, hasil asuhan keperawatan yang diharapkan kualitas kehidupan klien yang optimal.

#### **D. PROSES KEPERAWATAN**

Proses keperawatan adalah proses yang interaktif dan menyelesaikan masalah dengan cara yang sistematis dan secara individual untuk mencapai hasil asuhan keperawatan. Proses keperawatan digunakan pada klien gangguan jiwa dapat menampilkan tantangan unik masalah kesehatan jiwa mungkin tidak jelas dan sulit di pahami,

penting perawat dan klien menjadi mitra dalam proses penyelesaian masalah.

## **E. STANDAR PRAKTIK**

Standar praktik adalah pengkajian, diagnosa, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

## **F. STANDAR KINERJA PROFESIONAL**

Standar kinerja profesional adalah kualitas praktik, edukasi, evaluasi praktik profesional, kesejawatan, kolaborasi, etika, riset, utilisasi sumber dan kepemimpinan.

## **G. PERAN PERAWAT JIWA**

Perawat sebagai tenaga profesional turut memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai kompetensi dan kewenangan yang dimiliki secara mandiri maupun kerjasama dengan anggota kesehatan lainnya. Profesi keperawatan merupakan bagian integral dari system pelayanan kesehatan dan menjadi kunci utama dalam keberhasilan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan di berikan untuk meningkatkan kemampuan klien dan keluarga dalam mengatasi masalah yang mereka alami. Peningkatan kemampuan klien dan keluarga tidak hanya dilakukan dengan memberikan tindakan keperawatan Ners, tetapi juga melalui tindakan keperawatan Ners spesialis, focus tindakan keperawatan adalah pemenuhan kebutuhan kesehatan klien secara holistic, meliputi upaya untuk mengembalikan kesehatan kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan social. Tindakan keperawatan jiwa tidak hanya diberikan kepada individu dirumah sakit jiwa, tetapi individu dirumah sakit umum dan komunitas juga perlu mendapatkan

pelayanan kesehatan jiwa, baik kepada masyarakat yang sehat, resiko maupun gangguan jiwa.

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara berkala mengevaluasi klien dan keluarga, untuk mengetahui perubahan tanda dan gejala serta kemampuan klien dan keluarga. Hasil pengukuran dan evaluasi tersebut di dokumentasikan. Pendokumentasian diperlukan agar terjadi proses keperawatan yang berkelanjutan dengan menggunakan catatan perkembangan klien terintegrasi (CPPT) Bersama tenaga kesehatan lainnya.

Perawat juga perlu berkolaborasi dengan profesi lain yang secara Bersama merawat klien yaitu dokter, psikiater, psikolog, pekerja social, apoteker, dan ahli gizi dengan pendekatan komunikasi ISBAR dan TBAK. Hubungan interprofessional dalam tim kesehatan jiwa bertujuan memulihkan kondisi klien.

Peran dan kegiatan perawat jiwa sangat bervariasi, perawat individual bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas praktik mereka, tatanan bagi perawat kesehatan jiwa meliputi fasilitas kesehatan jiwa, pusat kesehatan jiwa komunitas, unit kesehatan jiwa dirumah sakit umum, fasilitas rumah tinggal, dan praktik pribadi.

Tiga ranah praktik keperawatan kesehatan jiwa adalah asuhan langsung, komunikasi dan manajemen. Perawat kesehatan jiwa berpartisipasi dalam kegiatan berdasarkan Pendidikan dan pengalaman mereka. Sebagai tambahan perawat kesehatan jiwa mampu melakukan hal sebagai berikut:

1. Melakukan pengkajian kesehatan biopsikososial yang peka budaya
2. Merancang dan mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan pada klien dan keluarga dengan masalah kesehatan yang kompleks dan kondisi beresiko

3. Berpartisipasi dalam kegiatan manajemen asuhan, antara lain pengorganisasian, pengkajian, negosiasi, koordinasi dan pelayanan terintegrasi serta manfaat bagi individu dan keluarga
4. Memberikan pelayanan kesehatan untuk individu, keluarga dan kelompok
5. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan jiwa serta mengelola dampak gangguan jiwa melalui Pendidikan dan konseling
6. Memberikan asuhan bagi mereka yang mengalami penyakit fisik dengan masalah psikologis, dan gangguan jiwa dengan masalah fisik
7. Mengelola dan mengkoordinasi sistem asuhan dengan mengintegrasikan kebutuhan klien, keluarga, staf dan pembuat kebijakan.

Perawat kesehatan jiwa harus mampu menjelaskan secara umum dan spesifik mengenai aspek praktik pada klien, keluarga, tenaga kesehatan lain, administrator dan legislator.

## **H. PELAYANAN KESEHATAN JIWA**

Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa adalah pelayanan yang kontinum, komprehensif, holistic, dan paripurna. Pelayanan keperawatan jiwa diberikan pada rentang sehat-resiko-sakit, artinya tidak hanya ketika sakit, tetapi individu dalam kondisi sehat memerlukan juga pelayanan berupa upaya promotive agar memiliki perilaku sehat untuk mempertahankan kesehatan. Pada individu yang mempunyai factor resiko diberikan upaya preventif agar terjadi gangguan jiwa. Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa diberikan juga sepanjang rentang kehidupan sejak dalam kandungan hingga lanjut usia.

Pelayanan kesehatan jiwa terdiri dari pelayanan promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative. Pelayanan yang bersifat

promotive dilakukan pada individu, keluarga, dan masyarakat yang sehat bertujuan untuk meningkatkan kesehatan jiwa. Upaya yang dilakukan adalah Pendidikan kesehatan sesuai dengan tahapan tugas perkembangan. Pada upaya promotive, peningkatan kesehatan jiwa dilakukan dengan pemberian asuhan keperawatan pada individu sesuai dengan diagnosis keperawatan sehat. Yaitu kesiapan peningkatan perkembangan ibu hamil, bayi, kanak-kanak, prasekolah, sekolah, remaja. Dewasa dan lansia. Asuhan keperawatan diagnose sehat jiwa bertujuan untuk memberikan kemampuan kepada individu untuk mengidentifikasi kemampuannya, mengatasi tekanan kehidupan, bekerja secara produktif dan bermanfaat bagi orang lain di komunitasnya.

Pelayanan kesehatan jiwa dalam upaya preventif gangguan jiwa, dapat ditemukan pada individu baik dirumah sakit maupun di komunitas yang mengalami penyakit fisik. Individu dengan masalah fisik adalah orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) yang beresiko mengalami gangguan jiwa yang memerlukan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan diberikan bersamaan antara diagnosis keperawatan fisik dan diagnosis resiko gangguan jiwa dengan tujuan memberikan kemampuan merawat masalah kesehatan fisik dan secara bersamaan melakukan cara merawat resiko gangguan jiwa sehingga diharapkan tidak terjadi gangguan jiwa.

Pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif, di berikan pada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yang dirumah sakit dan komunitas. Asuhan keperawatan pada ODGJ bertujuan memulihkan aspek perasaan, pikiran, perilaku, social dengan mengembangkan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional. Asuhan keperawatan berkesinambungan dari sejak terjadi gangguan jiwa didalam keluarga berlanjut ke fasilitas layanan primer, dan jika diperlukan dirujuk ke pelayanan sekunder (rumah sakit umum) dan pelayanan tersier (rumah sakit jiwa) dan rujukan balik tanpa putus sepanjang kehidupan.

## BAGIAN 14

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA KONDISI KRITIS

#### A. DEFINISI KEPERAWATAN KRITIS

*American Association of Critical Care Nurses (AACN)* mendefinisikan keperawatan kritis adalah spesialisasi dalam layanan keperawatan yang secara khusus menangani respons pasien terhadap masalah yang mengancam jiwa. Kritis merupakan istilah yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk menjelaskan kondisi pasien berdasarkan tingkat keparahan. Untuk dianggap kritis, penyakit atau cedera bersifat akut yang merusak satu atau lebih sistem organ vital sehingga menimbulkan kerusakan yang beresiko tinggi mengancam jiwa (Perrin and MacLeod, 2018). Jadi, dapat disintesis bahwa keperawatan kritis adalah kegiatan memberikan asuhan keperawatan kepada individu dengan masalah yang mengancam nyawa.

Mendengar kata dirawat di ruang kritis, kebanyakan masyarakat langsung dapat menyimpulkan bahwa pasien yang dirawat sedang terancam kehidupan dan kesejahterannya. Perawat kritis beranggapan bahwa unit perawatan kritis merupakan tempat merawat pasien dengan kondisi tidak stabil yang perlu observasi secara ketat. Sedangkan pasien dan keluarga sering beranggapan bahwa dirawat di ruang intensif merupakan pertanda bahwa orang yang dirawat memiliki prognosis yang buruk dan berisiko tinggi mengalami kematian. Pemahaman pasien tentang keperawatan kritis dapat membantu perawat dalam merawat pasien. Namun, tantangan yang sering dihadapi adalah komunikasi yang efektif sulit dilakukan karena berbagai hambatan yang berkaitan dengan status fisiologis pasien seperti terpasang selang ETT, penggunaan obat-obatan atau keadaan pasien yang mengganggu fungsi kognitif.



## B. PRINSIP KEPERAWATAN KRITIS

Menurut Burn (2014), keperawatan kritis adalah area praktik keperawatan yang kompleks dan menantang di mana keahlian klinis dikembangkan dari waktu ke waktu dengan mengintegrasikan pengetahuan perawatan kritis, keterampilan klinis, dan praktik keperawatan. Keperawatan kritis memiliki beberapa prinsip yaitu:

1. Pengenalan cepat karakteristik pasien yang rentan atau sakit kritis dan manajemen dini yang tepat dapat mencegah kerusakan lebih lanjut dan memaksimalkan peluang.
2. Kebutuhan pasien sakit kritis harus dipenuhi di mana pun pasien secara fisik.
3. Pasien yang sakit kritis memerlukan rekam medis yang berkelanjutan dan pemantauan evaluasi dari semua tindakan yang diambil. Oleh karena itu, pasien yang sakit kritis terkait erat dengan perawatan kritis karena mereka dapat dengan cepat dipantau perubahan fisiologis atau disfungsi organ tubuh lainnya.

Pasien kritis adalah pasien dengan perburukan patofisiologi yang cepat yang dapat mengakibatkan kematian. Biasanya, pasien yang membutuhkan perawatan kritis memiliki tanda-tanda vital yang tidak stabil, tidak sadarkan diri, dan memiliki indikasi yang kurang baik untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Dalam keperawatan kritis, prinsip yang wajib dipahami adalah "waktu adalah vital". Adapun unit perawatan intensif untuk mengatasi masalah kardiovaskuler adalah *Intensive Cardiology Care Unit* (ICCU).

Prioritas dari kegawatan setiap pasien mempunyai tingkat kegawatan yang berbeda, dengan demikian setiap pasien mempunyai prioritas yang berbeda, oleh karena itu pasien kritis diklasifikasikan menjadi:

1. *Exigent*: pasien yang tergolong dalam keadaan gawat darurat 1 dan memerlukan pertolongan segera, yang termasuk dalam

kelompok ini adalah pasien dengan obstruksi jalan nafas, fibrilasi ventrikel, ventrikel takikardi dan *cardiac arrest*.

2. *Emergent*: yang disebut juga dengan gawat darurat 2 yang memerlukan pertolongan secepat mungkin dalam beberapa menit, yang termasuk dalam kelompok ini adalah miokard infark, aritmia yang tidak stabil dan pneumothorax.
3. *Urgent*: yang termasuk kedalam gawat darurat 3 di mana waktu pertolongan yang dilakukan lebih panjang dari gawat darurat 2 akan tetapi tetap memerlukan pertolongan yang cepat, oleh karena dapat mengancam kehidupan yang termasuk ke dalam kelompok ini adalah ekstrak herbal asma perdarahan gastrointestinal dan keracunan.
4. *Minora tau non urgent*: yang termasuk kedalam gawat darurat 4, semua penyakit yang tergolong kedalam yang tidak mengancam kehidupan.

### C. TUJUAN KEPERAWATAN KRITIS

Keperawatan kritis adalah salah satu ilmu keperawatan yang dikembangkan untuk memenuhi beragam kebutuhan pasien dan keluarga pasien dengan kondisi aktual atau potensial yang mengancam jiwa. Tujuan Keperawatan Perawatan Kritis mencakup hal-hal berikut:

1. Mendorong pemberian asuhan keperawatan yang aman dan berkualitas secara optimal kepada pasien yang sakit kritis dan keluarganya dengan memberikan perawatan yang individual sehingga disfungsi fisiologis serta tekanan psikologis di ruang intensif dapat dikendalikan;
2. Merawat pasien yang sakit kritis dengan pendekatan holistik, dengan mempertimbangkan dimensi biologis, psikologis, budaya, dan spiritual pasien tanpa memandang diagnosis atau keadaan klinis.

3. Menggunakan pengetahuan yang relevan dan terkini, sikap peduli dan keterampilan klinis, didukung dengan teknologi yang tepat untuk pencegahan, deteksi dini, dan pengobatan komplikasi untuk membantu proses penyembuhan.
4. Memberikan perawatan paliatif kepada pasien yang sakit kritis dalam situasi di mana prognosis pasien buruk, dan untuk membantu pasien dan keluarga melewati masa-masa kritis

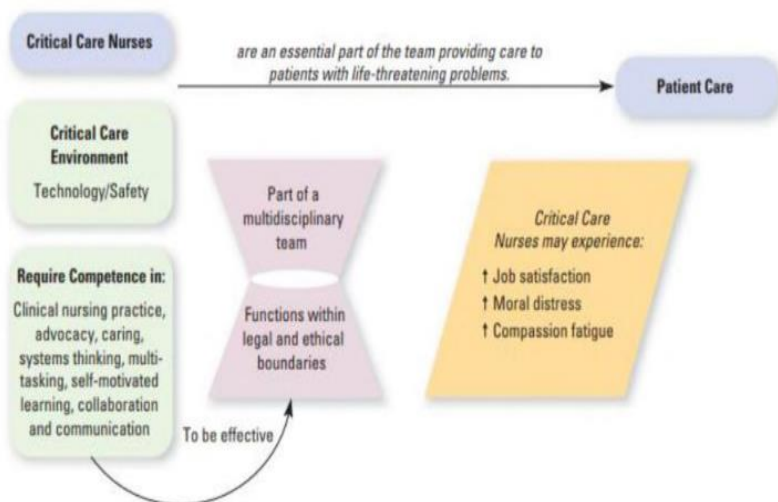
Secara keseluruhan, keperawatan kritis bertujuan untuk membangun hubungan terapeutik dengan pasien, keluarga dan untuk memberdayakan kemampuan fisik, psikologis, sosiologis, budaya, dan spiritual individu dengan intervensi preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Keperawatan kritis menekankan pemberian asuhan secara bio-psiko-sosial-spiritual berdasarkan respon pasien terhadap penyakitnya untuk membantu, mendukung, dan memulihkan pasien untuk mencapai kesehatan optimal, atau untuk meringankan rasa sakit pasien dan mempersiapkan pasien untuk meninggal dengan damai.

#### **D. RUANG LINGKUP KEPERAWATAN KRITIS**

Lingkup keperawatan kritis didasarkan pada interaksi perawat kritis, pasien yang sakit kritis, dan lingkungan yang menyediakan sumber daya perawatan yang memadai untuk pemberian asuhan keperawatan pasien kritis (AACN, 2012). Menurut Perrin dan MacLeod (2018), Asuhan Keperawatan pada pasien kritis mencakup rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien berdasarkan respon pasien terhadap penyakit aktual atau potensial yang mengancam kehidupannya.

Perawat kritis adalah perawat profesional berlisensi yang bertanggung jawab untuk memastikan bahwa pasien kritis dan keluarga menerima perawatan yang optimal. *American Association of Critical-Care Nurses* menjelaskan bahwa sekitar 37% dari semua

perawat yang bekerja di rumah sakit adalah perawat kritis. Sebagian besar perawat kritis menghabiskan sebagian besar waktu mereka merawat pasien di *Intensive Care Unit* (ICU), itulah sebabnya perawat kritis sering disebut sebagai "Perawat ICU". Perawat kritis melakukan intervensi dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain untuk menyusun rencana perawatan guna mengatasi masalah pasien dan memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, budaya dan spiritual pasien.



*Gambar 14.1 Peran perawat dan tim multidisiplin dalam memberikan perawatan kritis kepada pasien*

Pasien sakit kritis adalah mereka yang mengalami perburukan patofisiologis dengan cepat yang dapat mengakibatkan kematian. Penilaian pasien secara intensif, intervensi keperawatan yang tepat, dan evaluasi manajemen yang berkelanjutan melalui kolaborasi antar tenaga kesehatan diperlukan untuk pencapaian kesehatan pasien secara optimal. Perawatan paliatif juga harus diterapkan untuk meringankan rasa nyeri dan penderitaan pasien dan keluarga dalam situasi di mana kematian sudah dekat. Lingkungan perawatan kritis secara berkesinambungan harus mendukung interaksi antara pasien

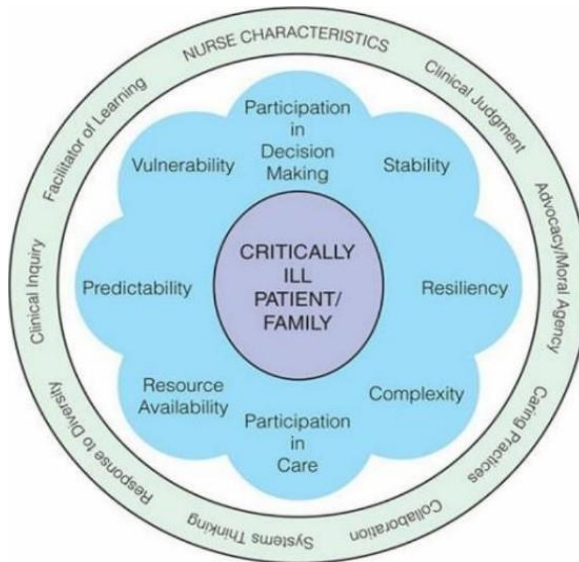
yang sakit kritis, keluarga mereka dan perawat kritis. Untuk itu diperlukan ketersediaan peralatan darurat yang dapat diakses, perlengkapan yang cukup dan sistem pendukung yang efektif untuk memastikan pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas pada pasien.

## **E. PERAN PERAWAT KRITIS**

Perawat yang berada di area keperawatan kritis memberikan pelayanan secara langsung dan intensif kepada pasien dengan kondisi kritis atau mengancam jiwa yang berada pada ruang perawatan khusus (ruang intensif). Selain memiliki keterampilan untuk melakukan kaji cepat terhadap perubahan kondisi yang berisiko mengancam jiwa pasien dan kemampuan untuk menggunakan peralatan yang spesifik di ruangan kritis, perawat kritis juga diharapkan mampu untuk bekerja sama dengan dokter dan anggota tim kesehatan lainnya maupun keluarga pasien. Perawat kritis diharapkan harus kompeten secara fisik, mental, dan emosional dalam bekerja menangani pasien yang berada dalam keadaan pada kondisi yang tidak stabil sehingga membutuhkan peralatan untuk memonitor jantung dan paru begitu juga dengan pengobatan lainnya. Perawat kritis yang ideal mempunyai komunikasi interpersonal, jiwa kepemimpinan, perencanaan strategis, berpikir kritis, dan pengambilan keputusan yang baik.

Peran utama perawat kritis adalah pengenalan dini terhadap perubahan, intervensi dini, evaluasi, dan komunikasi dengan anggota tim perawatan kesehatan. Selain itu, Perawat kritis diharapkan mampu berperan sebagai mediator, fasilitator yang baik antara pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain. Wewenang perawat kritis sebagai advokasi pasien adalah mendukung hak pasien untuk pengambilan keputusan berdasarkan informasi, ikut campur tangan bila kepentingan pasien di pertanyakan, bantu pasien mendapatkan perawatan yang diperlukan, hormati nilai keyakinan dan hak pasien,

memberikan pendidikan dan dukungan, menjadi perantara bagi pasien yang tidak berbicara, dan pantau dan jaga kualitas perawatan. Perawat kritis bisa membela hak dan nilai pasien dan keluarganya, mengkomunikasikan harapan dan keinginan pasien dan keluarganya kepada anggota tim kesehatan lainnya begitu pula sebaliknya.



*Gambar 14.2 The synergy Model (Morton and Fontaine, 2018)*

Hubungan antara pasien/keluarga dan perawat telah telah di kembangkan oleh American Association of Critical Care Nurses (AACN) sejak akhir 1990-an yang dikenal dengan The Synergy Model. Delapan karakteristik pasien dan delapan kompetensi perawat merupakan pembentuk dasar dari model ini. Model ini menggambarkan praktik keperawatan berdasarkan karakteristik pasien. Premis yang mendasari Model Sinergi adalah bahwa (1) karakteristik pasien menjadi perhatian perawat; (2) kompetensi perawat penting bagi pasien; (3) karakteristik pasien mendorong kompetensi perawat; dan (4) ketika karakteristik pasien dan

kompetensi perawat cocok dan bersinergi, hasil untuk pasien menjadi optimal (Morton and Fontaine, 2018).

## F. ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS

Asuhan keperawatan didefinisikan dengan interaksi perawat kritis, pasien dengan penyakit kritis, dan lingkungan yang memberikan sumber-sumber adekuat untuk pemberian perawatan titik pasien yang masuk ke lingkungan keperawatan kritis menerima asuhan keperawatan intensif untuk berbagai masalah kesehatan titik serangkaian gejala memiliki rentang dari pasien yang memerlukan pemantauan yang sering dan membutuhkan sedikit intervensi sampai pasien dengan kegagalan fungsi multi system yang memerlukan intervensi yang mendukung fungsi hidup yang mendasar. Ppada umumnya lingkungan yang mendukung rasio perbandingan perawat pasien yaitu 1 banding 2 tergantung dari kebutuhan pasien, 1 perawat dapat merawat 3 pasien dan, terkadang seorang pasien memerlukan bantuan lebih dari satu seorang perawat untuk dapat bertahan hidup titik dukungan dan pengobatan terhadapdiambil dengan cepat dan akurat. Untuk mempertahankan hidup (*maintaining life*). Yakni :

1. Menyelamatkan kehidupan
2. Mencegah terjadinya kondisi memburuk dan komplikasi melalui observasi dan monitoring yang ketat disertai kemampuan menginterpretasikan setiapdata yang didapat dan melakukan tindakan lanjut.
3. Meningkatkan kualitas hidup pasien dan mempertahankan kehidupan.
4. Mengoptimalkan kemampuan fungsi organ tubuh pasien
5. Mengurangi angka kematian pasien kritis dan mempercepat proses

Adapun proses asuhan keperawatan kritis meliputi tahap:

1. Pengkajian

Dilakukan pada semua sistem tubuh untuk menopang dan mempertahankan sistem-sistem tersebut tetap sehat dan tidak terjadi kegagalan. Pengkajian merupakan komponen kunci dan pondasi proses keperawatan. Pengkajian membuat data dasar dan merupakan proses dinamis. Suatu pengkajian yang mendalam memungkinkan perawat kritis untuk mendeteksi perubahan cepat, melakukan intervensi dini dan melakukan asuhan. Terdapat 3 fase dasar untuk pengkajian:

- a. Pengkajian Awal: pengkajian yang dibuat dengan cepat selama pertemuan pertama dengan pasien, yang meliputi *ABC: Airway, breathing, dan Circulation*.
  - b. Pengkajian Dasar: Pengkajian lengkap pada pasien dimana semua system dikaji.
  - c. Pengkajian Terus menerus: suatu pengkajian ulang secara terus menerus yang dibutuhkan pada status perubahan pasien yang sakit kritis. Status pasien akan mengatur waktu dan kedalaman pengkajian. Terdapat bermacam-macam tipe pendekatan pengkajian, tetapi terdapat 2 pendekatan yang paling penting itu:
    - 1) Pendekatan dari kepala sampai ujung kaki (head to toe): pendekatan dari kepala sampai kaki merupakan pendekatan sistematis yang sistematis dimulai dengan kepala dan diakhiri dengan kaki.
    - 2) Pendekatan system tubuh: mengkaji masing-masing tubuh secara bebas. Banyak perawat kritis menggunakan suatu kombinasi pendekatan dimana pendekatan dari kepala sampai kaki dan sistem tubuh terintegrasi.
2. Diagnosa keperawatan  
Ditegaskan untuk mencari perbedaan serta mencari tanda dan gejala yang sulit diketahui untuk mencegah kerusakan/ gangguan yang lebih luas.
  3. Intervensi Keperawatan



Ditujukan pada penerimaan dan adaptasi pasien secara konstan terhadap status yang selalu berubah.

4. Implementasi Keperawatan

Ditujukan terapi gejala-gejala yang muncul pertama kali untuk pencegahan krisis dan secara terus-menerus dalam jangka waktu yang lama sampai dapat beradaptasi dengan tercapainya tingkat kesembuhan yang lebih tinggi atau terjadi kematian.

5. Evaluasi Keperawatan

Dilakukan secara cepat, terus menerus dan dalam waktu yang lama untuk mencapai keefektifan masing-masing tindakan/terapi, secara terus-menerus menilai kriteria hasil untuk mengetahui perubahan status pasien.

Pada akhirnya perawat *critical care* mengkoordinasikan dengan tim mengimplementasikan rencana askep, memodif rencana sesuai kebutuhan dan respon pasien. Adapun kompetensi perawat kritis adalah:

1. Pengkajian klinis: Mengumpulkan data tentang pasien, evaluasi praktik.
2. Pembuatan keputusan klinis: menilai/membuat keputusan berdasarkan data
3. Perawatan: memberi askep pada pasien
4. Advokasi: melindungi hak pasien dan keluarga
5. Memikirkan sistem: mengarahkan sistem pelayanan yang bermanfaat bagi pasien
6. Fasilitator pembelajaran: sebagai edukator
7. Berespons terhadap keberagaman: terima pasien dengan budaya yang berbeda
8. Kolaborasi: kerja sama dengan profesi lain

## BAGIAN 15

### PERAWATAN KULIT

#### A. PENGERTIAN KULIT

Kulit adalah organ tubuh yang paling luas, tidak bisa terpisahkan dari kehidupan manusia, yang membangun sebuah *barrier* yang memisahkan organ-organ internal dengan lingkungan luar, dan turut berpartisipasi dalam banyak fungsi tubuh yang vital (Smeltzer dkk, 2001).

#### B. STRUKTUR ANATOMI KULIT

Menurut Smeltzer dan Bare, 2001, Kulit tersusun dari 3 lapisan yaitu: epidermis, dermis dan jaringan subkutan (hypodermis).

##### 1. Epidermis

Epidermis membentuk lapisan paling luar dengan ketebalan sekitar 0,1 mm pada kelopak mata hingga sekitar 1 mm pada telapak tangan dan kaki (Morton, 1993). Lapisan eksternal sel-sel epitel berlapis tersusun dari **keratinosit**. Sel-sel mati mengandung sejumlah besar keratin yaitu protein fibrous insoluble yang membentuk barrier di paling luar kulit, memiliki kemampuan untuk mengusir mikroorganisme pathogen serta mencegah kehilangan cairan yang berlebihan dari tubuh. Keratin juga adalah unsur utama yang mengeraskan rambut dan kuku. Dalam epidermis ada sel-sel khusus yang disebut **melanosit** yang terlibat dalam produksi pigmen melanin yang mewarnai kulit dan rambut. Semakin banyak melanin semakin gelap warnanya. Produksi melanin dikontrol oleh hormone yang disekresikan dari hipotalamus otak dan dinamakan MSH (Melanocyte-Stimulating Hormone). Melanin diyakini dapat

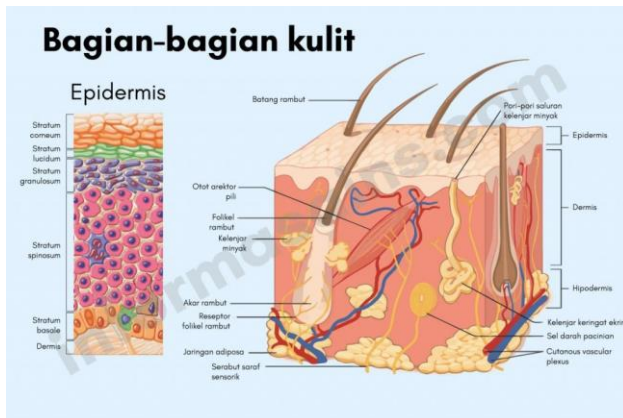
menyerap Cahaya ultraviolet dan dengan demikian akan melindungi seseorang terhadap efek pancaran cahaya ultraviolet dalam sinar matahari yang berbahaya.

## 2. Dermis

Dermis membentuk bagian terbesar kulit dengan memberikan kekuatan dan struktur pada kulit. Lapisan ini tersusun dari dua lapisan; papilaris dan retikularis. Lapisan papilaris dermis berada langsung di bawah epidermis dan tersusun terutama dari sel-sel fibroblast yang dapat menghasilkan salah satu bentuk kolagen, yaitu suatu komponen dari jaringan ikat. Lapisan retikularis terletak di bawah lapisan papilaris dan juga memproduksi kolagen serta berkas-berkas serabut elastik. Dermis juga tersusun dari pembuluh darah serta limfe, serabut saraf, kelenjar keringat serta sebacea, dan akar rambut. Dermis sering disebut sebagai “kulit sejati”.

## 3. Hipodermis atau Jaringan subkutan

Hipodermis atau jaringan subkutan merupakan lapisan kulit yang paling dalam. Lapisan ini terutama berupa jaringan adiposa yang memberikan bantalan antara lapisan kulit dan struktur internal seperti otot dan tulang. Jaringan ini memungkinkan mobilitas kulit, perubahan kontur tubuh dan penyekatan panas tubuh (Hlbrook, 1991). Lemak atau gajih akan bertumpuk dan tersebar menurut jenis kelamin seseorang, dan secara parsial menyebabkan perbedaan bentuk tubuh laki-laki dengan perempuan. Makan yang berlebihan akan meningkatkan penimbunan lemak di bawah kulit. Jaringan subkutan dan jumlah lemak yang tertimbun merupakan faktor penting dalam pengaturan suhu tubuh.



*Gambar 15.1 Struktur anatomi kulit*

Di lapisan subkutan terdapat **rambut**. Rambut terdiri dari akar rambut dan batang rambut dan pertumbuhannya menjulur ke luar dari kulit, terdapat di seluruh tubuh kecuali telapak tangan dan kaki. Tumbuh dalam sebuah rongga yang dinamakan folikel rambut. Kecepatan pertumbuhan rambut bervariasi, rambut janggut berlangsung lebih cepat, diikuti oleh kulit kepala, aksila, paha, serta alis mata. Rambut pada bagian mata (alis dan bulu mata), hidung, dan telinga menyaring debu, kutu-kutu kecil dan kotoran yang terbawa oleh udara. Pada permukaan dorsal ujung distal jari-jari tangan dan kaki terdapat sebuah lempeng keratin yang keras dan transparan disebut kuku yang melapisi kulit daerah tersebut. Kuku tumbuh dari akarnya yang terletak di bawah lapisan tipis kulit dinamakan kutikula. Kuku akan melindungi jari-jari tangan dan kaki dengan menjaga fungsi sensoriknya yang sangat berkembang serta meningkatkan fungsi-fungsi halus tertentu seperti fungsi mengangkat benda-benda kecil.

Kelenjar pada kulit terdiri atas kelenjar sebacea dan kelenjar keringat. **Kelenjar sebacea** berkaitan dengan folikel rambut. Saluran ke luar (ductus) kelenjar sebacea akan mengosongkan secret minyaknya ke dalam ruangan antara folikel rambut dan batang rambut. Untuk

setiap lembar rambut terdapat sebuah kelenjar sebacea yang sekretnya akan melumasi rambut dan membuat rambut menjadi lunak serta lentur. **Kelenjar keringat** ditemukan pada kulit sebagian besar permukaan tubuh. Kelenjar ini terutama terdapat pada telapak tangan dan kaki. Kelenjar keringat dapat diklasifikasikan menjadi dua kategori yaitu Kelenjar ekrin dan kelenjar apokrin. Kelenjar ekrin ditemukan pada semua daerah kulit, saluran keluarannya bermuara langsung ke permukaan kulit. Kelenjar apokrin berukuran lebih besar, dan berbeda dengan kelenjar ekrin, secret kelenjar ini mengandung fragmen sel-sel sekretorik. Kelenjar apokrin terdapat di daerah aksila, anus, skrotum dan labia mayora. Saluran keluarannya bermuara ke dalam folikel rambut. Kelenjar apokrin akan menjadi aktif pada pubertas. Pada wanita, kelenjar apokrin membesar dan pembesaran ini akan berkurang pada setiap siklus haid. Kelenjar apokrin memproduksi keringat yang keruh seperti susu dan diuraikan oleh bakteri untuk menghasilkan bau ketiak yang khas. Sekret yang encer seperti air yang disebut keringat atau peluh dihasilkan oleh bagian basal yang berbentuk seperti kumparan pada kelenjar ekrin dandilepaskan ke dalam saluran keluarannya yang sempit. Pengeluaran keringat yang berlebihan pada telapak tangan dan kaki, aksila, dahi, dan daerah-daerah lainnya dapat terjadi sebagai reaksi terhadap rasa nyeri serta stress.

### C. FUNGSI KULIT

Fungsi kulit adalah sebagai berikut :

#### 1. Perlindungan

Kulit menutupi sebagian besar tubuh dan memberikan perlindungan yang sangat efektif terhadap invasi bakteri dan benda asing lainnya. Bagian stratum korneum epidermis merupakan barrier yang paling efektif terhadap berbagai factor lingkungan seperti zat-zat kimia, sinar matahari, virus, fungus, gigitan serangga, luka karena gesekan angin dan trauma. Lapisan

dermis kulit memberikan kekuatan mekanis dan keuletan lewat jaringan ikat fibrosa dan serabut kolagennya. Serabut elastic dan kolagen yang saling berjaln dengan epidermis memungkinkan kulit untuk berperilaku sebagai satu unit. Faktor -faktor lain yang mempengaruhi fungsi protektif kulit mencakup usia kulit, daerah kulit yang terlibat dan status vaskuler.

## 2. Sensibilitas

Fungsi utama reseptor pada kulit adalah untuk mengindera suhu, rasa nyeri, sentuhan ringan dan tekanan (atau sentuhan berat). Ujung ujung reseptor serabut saraf pada kulit memungkinkan tubuh untuk memantau secara terus menerus keadaan lingkungan di sekitarnya. Berbagai ujung saraf bertanggung jawab untuk bereaksi terhadap setiap stimuli yang berbeda. Meskipun tersebar di seluruh tubuh, ujung-ujung saraf lebih terkonsentrasi pada sebagian daerah dibandingkan bagian lainnya. Sebagai contoh,ujung-ujung jari tangan jauh lebih terinervasi ketimbang kulit pada bagian punggung tangan.

## 3. Keseimbangan Air

Stratum korneum memiliki kemampuan untuk meyerap air dan dengan demikian akan mencegah kehilangan air serta elektrolit yang berlebihan dari bagian internal tubuh dan mempertahankan kelembaban dalam jaringan subkutan. Bila kulit mengalami kerusakan, misalnya pada luka bakar, cairan dan elektrolit dalam jumlah yang besar dapat hilang dengan cepat sehingga bisa terjadi kolaps sirkulasi, syok serta kematian. Sejumlah kecil air akan mengalami evaporasi secara terus menerus dari permukaan kulit. Evaporasi ini yang dinamakan perspirasi tidak kasatmata (insensible perspiration) berjumlah kurang lebih 600 ml per hari untuk orang dewasa yang normal. Kehilangan air yang tidak kasatmata (insensible water loss) bervariasi menurut suhu tubuh. Pada penderita demam,

kehilangan ini dapat meningkat. Ketika terendam air, kulit dapat menimbun air sampai tiga hingga empat kali berat normalnya. Contoh keadaan ini yang lazim dijumpai adalah pembengkakan kulit sesudah mandi berendam untuk waktu yang lama.

#### 4. Pengaturan suhu

Tubuh secara terus menerus akan menghasilkan panas sebagai hasil metabolisme makanan yang memproduksi energi. Panas ini akan hilang terutama lewat kulit. Tiga proses fisik kehilangan panas dari tubuh ke lingkungan; Proses pertama yaitu **radiasi** merupakan pemindahan panas ke benda lain yang suhunya lebih rendah dan berada pada suatu jarak tertentu. Proses kedua yaitu **konduksi**, merupakan pemindahan panas dari tubuh ke benda lain yang lebih dingin yang bersentuhan dengan tubuh. Proses ketiga yaitu **konveksi**, merupakan pemindahan panas lewat konduksi ke udara terdiri atas pergerakan massa molekul udara hangat yang meninggalkan tubuh. Kecepatan hilangnya panas tergantung terutama pada suhu permukaan kulit yang ditentukan oleh aliran darah kulit. Dalam kondisi yang normal, jumlah total darah yang beredar lewat kulit kurang lebih sebanyak 450 ml/menit, atau antara 10 dan 20 kali jumlah darah yang diperlukan untuk memberikan metabolit serta oksigen yang dibutuhkan (Scheuplein, 1991).

#### 5. Produksi Vitamin

Kulit yang terpajan sinar ultraviolet dapat mengubah substansi yang diperlukan untuk mensintesis vitamin D (kolekalsiferol). Vitamin D merupakan unsur esensial untuk mencegah penyakit riketsia, suatu keadaan yang terjadi akibat defisiensi vitamin D, kalsium serta fosfor dan yang menyebabkan deformitas tulang (Morton, 1993).

#### 6. Fungsi respon imun

Hasil-hasil penelitian terakhir (Nickoloff, 1993) menunjukkan bahwa beberapa sel dermal (sel-sel Langerhans, interleukin-1 yang memproduksi keratinosit, dan subkelompok limfosit- T) merupakan komponen penting dalam sistem imun.

#### **D. PENGKAJIAN KULIT, RAMBUT DAN KUKU**

##### **1. Pengkajian Kulit**

Pengkajian kulit menurut Kusyati dkk, 2006, Jika klien mempunyai lesi yang lembap atau terbuka, gunakan sarung tangan. Inspeksi warna dan pigmentasi kulit serta bandingkan warna dan bagian simetris tubuh. Beri perhatian yang lebih pada area seputar amputasi, traksi dan balutan. Perhatikan jika kulit lebih pucat atau gelap dari biasanya dan juga area ditemukannya variasi warna. Inspeksi warna bibir, kuku, telapak tangan. Dengan menggunakan ujung jari, palpasi permukaan kulit untuk merasakan kelembabannya. Palpasi suhu kulit dengan bagian dorsal atau punggung tangan, bandingkan bagian tubuh yang simetris. Tekan ringan kulit dengan ujung jari untuk menentukan keadaan teksturnya. Kaji turgor dengan mencubit kulit pada punggung tangan atau lengan bawah dan lepaskan. Perhatikan fleksibilitas kulit. Kaji kondisi kulit, beri perhatian khusus pada bagian yang terkena tekanan. Inspeksi adanya lesi, yang meliputi warna, ukuran, jenis, kelompok, dan cara penularan. Inspeksi setiap area edema yang meliputi lokasi, warna, dan bentuk. Palpasi setiap area edema untuk mengetahui mobilitas, konsistensi dan nyeri tekan. Untuk mengkaji pitting edema, tekan kuat area tersebut selama 5 detik dan lepaskan, lalu rekam kedalaman pitting/cekungan dalam millimeter.

##### **2. Pengkajian Rambut dan kuku**

Pengkajian rambut dilaksanakan dengan cara inspeksi dan palpasi. Gunakan sarung tangan dan penerangan harus baik. Sibak rambut pasien agar kondisi kulit yang ada di baliknya dapat dilihat dengan



mudah; kemudian perawat harus mencatat warna, tekstur serta distribusinya. Setiap lesi yang abnormal, gejala gatal-gatal, inflamasi atau tanda-tanda infestasi parasite (tuma atau kutu) harus dicatat. Warna rambut yang alami berkisar dari putih hingga hitam. Kondisi alami rambut dapat berubah dengan penggunaan pewarna rambut, pemutih dan produk untuk mengeriting atau meluruskan rambut. Kerontokan rambut, alopecia dapat terjadi di seluruh tubuh atau terbatas pada suatu daerah tertentu. Kerontokan rambut yang terlokalisasi dapat terjadi akibat kebiasaan ‘mencabut rambut’ atau traksi yang berlebihan pada rambut; pemakaian bahan pewarna, pelurus atau minyak rambut yang berlebihan; pemakaian preparat kemoterapi (doksorubisin atau siklofosamid); infeksi jamur; atau penyakit kanker atau mola pada kulit kepala.

Pengkajian kuku dilakukan dengan inspeksi singkat yang mencakup observasi untuk melihat konfigurasi, warna dan konsistensi. Banyak perubahan pada kuku atau dasar kuku (nailbed) yang mencerminkan kelainan local atau sistemik yang sedang berlangsung atau yang terjadi akibat peristiwa di masa lalu. Alur transversal yang dinamakan garis-garis Beau pada kuku dapat mencerminkan retardasi pertumbuhan matriks kuku yang terjadi sekunder akibat sakit yang berat atau yang lebih sering lagi akibat trauma local. Penonjolan, hipertrofi dan berbagai perubahan lainnya dapat pula terjadi pada trauma local. **Paronikia** adalah suatu inflamasi di sekitar kuku, biasanya akan disertai gejala nyeri tekan dan eritema. Sudut antara kuku yang normal dan pangkalnya (basis unguium) adalah 160 derajat. Ketika di palpasi, pangkal kuku biasanya teraba keras. **Clubbing** (jari tabuh) terlihat sebagai pelurusan sudut yang normal (menjadi 180 derajat atau lebih) dan pelunakan pada pangkal kuku. Pelunakan ini akan terasa seperti spons ketika dipalpasi.

## E. PENATALAKSANAAN PASIEN GANGGUAN KULIT

Asuhan keperawatan untuk pasien gangguan dermatologic mencakup penggunaan obat-obat topical serta sistemik, kompres basah, kompres khusus lainnya dan terapi rendaman. Tujuan utama terapi adalah : 1) mencegah kerusakan pada kulit yang sehat, 2) mencegah infeksi sekunder, 3) membalikkan proses inflamasi, dan 4) meredakan gejala.

### 1. Mencegah Kerusakan pada kulit sehat

Sebagian masalah kulit diperburuk secara nyata oleh pemakaian sabun dan air. Karena itu kebiasaan mandi yang dilakukan secara rutin harus diubah menurut keadaan kulit. Jadi, hakekat perawatan dan perlindungan kulit pada saat memandikan penderita kelainan kulit adalah menggunakan sabun bayi yang lembut dan berlemak (superfatted mild soap) atau larutan antiseptic pengganti sabun dan memastikan pembilasan sabun sebelum mengeringkan bagian kulit yang basah dengan handuk yang lembut. Perhatian khusus harus diberikan ketika kita hendak mengganti kompres. Kapas yang dicelupkan dalam minyak akan membantu melepaskan krusta (kerak), menghilangkan eksudat atau membebaskan kasa yang kering dan melekat. kasa kompres dapat pula dibasahi dengan larutan salin steril atau larutan lain yang diresepkan dokter sehingga kasa tersebut menjadi lunak dan dapat dilepaskan dengan perlahan-lahan.

### 2. Mencegah Infeksi Sekunder

Lesi kulit yang berpotensi menular harus ditangani secara ketat dengan memperhatikan secara ketat dengan memperhatikan risiko penularan infeksi, dan tindakan penjagaan yang benar harus dipatuhi sebelum diagnosisnya berhasil ditegakkan. Perawat dan dokter harus mematuhi tindakan kewaspadaan universal dan mengenakan sarung tangan yang bersih atau steril ketika melakukan inspeksi atau mengganti kasa pembalut. Pembuangan dengan benar setiap kasa

yang terkontaminasi harus dilaksanakan menurut protokol yang sudah ditetapkan.

### 3. Membalikkan proses inflamasi

Tipe lesi kulit (merembes, terinfeksi atau kering) biasanya menentukan apakah lesi tersebut memerlukan pengobatan local atau sistemik. Biasanya jika terdapat inflamasi kulit yang akut (panas, merah serta bengkak) dan merembes, sebaiknya kita memakai kompres basah dan larutan untuk meredakan inflamasi. Pada keadaan kronik dimana permukaan kulit tampak kering dan bersisik, preparat yang digunakan adalah emulsi larut-air, krim, salep, dan pasta. Kepada pasien diberitahukan untuk segera menghubungi dokter jika pemakaian obat atau kompres tampaknya mengiritasi kelainan tersebut. Keberhasilan atau kegagalan terapi kulit biasanya bergantung pada instruksi yang memadai serta motivasi pasiennya dan perhatian serta dukungan dari petugas kesehatan.

### 4. Meredakan gejala

Balutan basah (kompres basah pada kulit) biasanya dilakukan untuk lesi inflamasi yang akut dan mengeluarkan secret. Kompres basah dilakukan untuk kelainan kulit yang bersifat vesikuler, bulosa, pustuler dan ulseratif di samping untuk berbagai kelainan inflamasi. Preparat lain yang digunakan adalah larutan perak nitrat, Iminium asetat 5% dan natrium hipoklorit (larutan Dakin).

Balutan Oklusif dipakai untuk menutup obat topical yang dioleskan pada dermatosis (lesi kulit yang abnormal). Lembaran plastik ini tipis dan mudah beradaptasi dengan semua ukuran tubuh, bentuk tubuh serta permukaan kulit. Plester bedah dari plastik yang mengandung kortikosteroid pada lapisan perekat dapat dipotong menjadi ukuran tertentu dan ditempelkan pada setiap lesi.

Mandi terapeutik (Balneoterapi) adalah rendaman yang digunakan jika lesi mengenai daerah kulit yang luas, bentuk terapi ini dilakukan

untuk menghilangkan krusta, skuama, serta obat lama dan untuk meredakan inflamasi serta rasa gatal yang menyertai dermatosis akut. Suhu air rendaman harus nyaman bagi pasien, dan lama terapi rendaman tidak boleh lebih dari 30 menit karena perendaman dan pencelupan cenderung menimbulkan maserasi kulit. Larutan dan obat rendaman yang digunakan adalah air, salin, koloidal, natrium bikarbonat, pati, medicated tars dan bath Oil (alpha -Ken, Lubath, Domol).

Penggunaan obat-obat topical seperti losion, krim, salep dan bedak yang mengandung obat (mediated) kerap kali digunakan untuk mengobati lesi kulit. Umumnya kompres basah dengan atau tanpa obat dipakai dalam stadium yang akut, losion dan krim hanya digunakan untuk stadium subakut, dan salep dipakai ketika inflamasi menjadi kronik dan kulit menjadi kering dengan terjadinya deskuamasi serta likenifikasi (penebalan seperti bahan kulit hewan yang diawetkan). Losion kerap kali dipakai untuk memperbaiki minyak kulit yang hilang atau meredakan pruritus. Losion harus dioleskan setiap 3-4 jam sekali untuk mendapatkan efek terapeutik yang dipertahankan. Losion yang digunakan adalah Alpha-kertalotion, Dermassage, Luubriderm. Bedak biasanya memiliki bahan dasar talk, zink oksida, bentonite atau pati jagung dan ditaburkan pada kulit dengan alat pengocok atau spons katun. Krim dapat berupa suspensi minyak-dalam-air atau emulsi air-dalam-minyak dengan unsur-unsur untuk mencegah pertumbuhan bakteri serta jamur (MacKie, 1991). Krim yang digunakan seperti Acid mantle Crème, Curel, Eucetin, Moisturel, Nutraderm. Pasta adalah campuran bedak dengan salep dan digunakan pada keadaan inflamasi. Salep bersifat menahan kehilangan air dan melumas serta melindungi kulit. Salep yang lazim digunakan adalah Aquaphor, Hydrophilic petrolatum, Vaseline Petroleum Jelly, White atau yellow petrolatum. Kortikosteroid banyak dipakai dalam pengobatan kelainan dermatologic untuk memberikan efek anti-inflamasi, anti pruritus dan vasokonstriksi (Litt, 1993). Antibiotik topical yang lazim digunakan adalah Salep

basitrasin, Salep bastrasin dan polimiksin B, Klindamisin Posfat, larutan eritromicin 2% Krim atau salep gentamicin sulfat 1% ( Smeltzer dkk, 2001).

## F. PERAWATAN INTEGRITAS KULIT

Prosedur perawatan Integritas Kulit menurut Tim Pokja pedoman SPO keperawatan DPP PPNI 2021 adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan seperti Air hangat, Pelembab (seperti serum, lotion), jika perlu dan Tabir surya, jika perlu
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
5. Ubah posisi tiap 2 jam, jika tirah baring
6. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
7. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
8. Gunakan produk berbahan minyak pada kulit kering
9. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive
10. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering
11. Anjurkan menggunakan pelembab (seperti lotion, serum)
12. Anjurkan minum air yang cukup
13. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
14. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
15. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
16. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah
17. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
18. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien.

## BAGIAN 16

### PERAWATAN NUTRISI

#### A. RUANG LINGKUP PERAWATAN NUTRISI

Perawatan nutrisi merujuk pada daftar asupan nutrisi yang direkomendasikan untuk dikonsumsi yang disebut dengan nutrisi. Nutrisi diperoleh melalui konsumsi zat – zat makanan. Ada dua kategori umum nutrisi beserta subkomponennya (Vaughans, 2013).

##### 1. Makronutrien

- a. Karbohidrat, merupakan sumber utama energi tubuh dan merujuk pada kadar gula. Beberapa karbohidrat tidak dapat dicerna dengan sempurna dan disebut dengan serat. Serat memberi manfaat pada tubuh.
- b. Protein, merupakan susunan dari asam amino. Protein penting untuk pertumbuhan dan perkembangan pembentuk jaringan dan perbaikan, proses kekebalan, dan mengedarkan nutrisi lain dan beberapa medikasi. Protein dapat menyediakan energi pada kondisi tidak ada karbohidrat.
- c. Lemak, merupakan salah satu sumber energi dan sarana untuk menyimpan energi. Lemak mengedarkan nutrisi lain (misal vitamin), insulasi tubuh dan melindungi organ lain.

##### 2. Mikronutrien (Hidayat dan Ulifah, 2016)

- a. Vitamin, merupakan zat yang membantu pengaturan aktivitas metabolisme seluler. Kategori vitamin ada dua yaitu vitamin larut air dan vitamin larut lemak. Vitamin yang larut lemak yakni vitamin A, D, E, K. Lemak dibutuhkan tubuh untuk menyerap vitamin yang larut dalam lemak. Vitamin yang larut dalam air yakni vitamin B kompleks dan vitamin C.
- b. Mineral, merupakan zat an organik yang digunakan tubuh untuk mengatur berbagai proses tubuh. Misal potassium

adalah mineral yang berperan mengatur irama jantung. Ada dua kategori mineral: makromineral, yang dibutuhkan dalam jumlah banyak dan mineral trace. Beberapa mineral yang lebih umum adalah kalsium, besi, sodium, klorida, potassium, yodium, fluoride, seng, fosfor, dan magnesium.

- c. Air, merupakan nutrient lain yang penting untuk fungsi tubuh. Air diperlukan untuk melakukan proses seluler. Seseorang mendapatkan air dari minum dan makan makanan yang memiliki kandungan air tinggi.

**B. PROSEDUR PADA PERAWATAN NUTRISI**

- 1. Penimbangan Berat Badan
  - a. Definisi  
Mengukur bobot tubuh dengan menggunakan timbangan
  - b. Prosedur

<b>Tahapan</b>
<p><b>Tahap Pra interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kebutuhan klien dengan melihat catatan medis dan keperawatan klien</li> <li>2. Cuci tangan efektif 6 langkah</li> <li>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Timbangan injak/lantai (untuk anak usia lebih dari 2 tahun dan dewasa)</li> <li>b. Timbangan bayi dan pengalas (anak usia 0 – 2 tahun)</li> <li>c. Alat tulis</li> </ul> </li> <li>4. Cuci tangan efektif 6 langkah</li> </ol>
<p><b>Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ucapkan salam pembuka dan perkenalkan diri</li> <li>6. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (tanyakan nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)</li> <li>7. Jelaskan tujuan tindakan pada klien dan keluarga</li> <li>8. Jelaskan prosedur kepada klien dan keluarga</li> </ol>

<p>9. Kontrak waktu</p> <p>10. Tanyakan keluhan/ kondisi klien</p> <p>11. Berikan kesempatan kepada klien dan keluarga bertanya</p>
<p><b>Tahap Kerja</b></p> <p>12. Jaga privasi klien</p> <p>13. Cuci tangan efektif 6 langkah</p> <p>14. Letakkan timbangan pada permukaan yang datar</p> <p>15. Pastikan posisi awal menunjukkan angka 0</p> <p>16. Anjurkan melepaskan alas kaki, jaket atau barnag lainnya yang mempengaruhi hasil penimbangan</p> <p>17. Fasilitasi pasien anak/ dewasa berdiri di atas timbangan tanpa berpegangan atau baringkan bayi dengan hati – hati di atas timbangan</p> <p>18. Rapikan pasien dan alat – alat yang digunakan</p> <p>19. Informasikan hasil pengukuran, <i>jika perlu</i></p> <p>20. Cuci tangan efektif 6 langkah</p>
<p><b>Tahap Terminasi</b></p> <p>Evaluasi hasil yang didapat sebagai berikut:</p> <p>21. Evaluasi hasil kegiatan (subjektif dan objektif)</p> <p>22. Berikan reinforcement positif pada klien</p> <p>23. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</p> <p>24. Cuci tangan efektif 6 langkah</p>
<p><b>Dokumentasi</b></p> <p>25. Lakukan pendokumentasian:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tindakan yang sudah dilakukan</li> <li>b. Respon pasien</li> </ul>

2. Pemasangan Selang Nasogastrik
  - a. Definisi

Merupakan prosedur mempersiapkan dan memasang selang yang dimasukkan melalui hidung, melewati tenggorokan sampai ke dalam lambung
  - b. Tujuan Tindakan
    - 1) Mengeluarkan isi perut dengan cara menghisap apa yang ada dalam lambung (cairan, udara, darah, racun)



- 2) Untuk memasukkan cairan (memenuhi kebutuhan cairan atau nutrisi)
  - 3) Untuk membantu memudahkan diagnosa klinik melalui analisa substansi isi lambung
  - 4) Persiapan sebelum operasi dengan general anaesthesia
  - 5) Menghisap dan mengalirkan untuk pasien yang sedang melaksanakan operasi pneumonectomy untuk mencegah muntah dan kemungkinan aspirasi isi lambung sewaktu recovery (pemulihan dari general anaesthesia)
- c. Indikasi
- 1) Pasien pre/ post operasi
  - 2) Pasien yang mengalami masalah pada mulut (kesulitan mengunyah, menelan), tapi masih mampu mencerna dan mengabsorpsi nutrisi
- d. Prosedur

<b>Tahapan</b>	
<b>Tahap Pra interaksi</b>	
1. Kaji kebutuhan klien dengan melihat catatan medis dan keperawatan klien	
2. Cuci tangan efektif 6 langkah	
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:	
a. Selang nasogastrik (NGT) sesuai ukuran	g. Spuit 10 cc atau 20 cc
b. Jeli	h. Stetoskop
c. Catheter tip	i. Bengkok
d. Pengalas	j. Handscoon bersih
e. Tissue	k. Bak instrumen
f. Plester	l. Baki
4. Cuci tangan efektif 6 langkah	
<b>Tahap Orientasi</b>	
5. Ucapkan salam pembuka dan perkenalkan diri	
6. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (tanyakan nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)	
7. Jelaskan tujuan tindakan pada klien dan keluarga	

8. Jelaskan prosedur kepada klien dan keluarga
9. Kontrak waktu
10. Tanyakan keluhan/ kondisi klien
11. Berikan kesempatan kepada klien dan keluarga bertanya

### **Tahap Kerja**

12. Jaga privasi klien
13. Cuci tangan efektif 6 langkah
14. Pasang handscoon
15. Bantu klien dengan posisi semi fowler, jika tidak ada kontraindikasi
16. Letakkan pengalas di dada pasien
17. Tentukan panjang selang nasogastrik dengan mengukur dari ujung hidung ke daun telinga hingga processus xypoides
18. Tandai panjang selang yang telah diukur
19. Periksa kepatenan lubang hidung, dengan cara menutup satu lubang hidung dengan tangan kemudian hembuskan angin dari lubang hidung yang lain. Ulangi untuk lubang hidung lainnya. Pilih lubang hidung yang hembusannya kuat
20. Lumasi ujung selang nasogastrik sekitar 10 cm dengan jeli
21. Posisikan kepala ekstensi dan masukkan selang perlahan tapi tegas melalui lubang hidung sampai batas yang telah diukur
22. Anjurkan menundukkan kepala saat selang melewati nasopharing
23. Anjurkan menelan saat selang nasogastrik dimasukkan
24. Periksa posisi ujung selang dengan cara:
  - a. Masukkan sekitar 10 ml udara ke spuit, sambungkan spuit ke ujung selang. Tempatkan stetoskop pada kuadran atas kiri abdomen klien lalu dorong spuit dengan cepat sambil auskultasi. Selang masuk apabila terdengar bunyi hentakan. Lepas spuit dari selang dan stetoskop dari abdomen
  - b. Aspirasi cairan lambung
  - c. Cek keasaman cairan lambung dengan kertas pH  
Apabila selang tidak masuk, masukkan 2,5 – 5 cm
25. Fiksasi selang nasogastrik pada hidung dengan plester:
  - a. Siapkan plester sepanjang 5-7,5 cm. Potong salah satu ujungnya menjadi 2 sepanjang 3,5 cm. Pasang ujung yang tidak terpotong di batang hidung klien. Lingkarkan plester pada tube yang keluar dari hidung dan tempelkan pada batang hidung

<p>26. Tutup ujung selang nasogastrik (yang diluar)</p> <p>27. Rapikan pasien dan alat – alat yang telah digunakan</p> <p>28. Lepas handscoon</p> <p>29. Cuci tangan efektif 6 langkah</p>
<p><b>Tahap Terminasi</b></p> <p>Evaluasi hasil yang didapat sebagai berikut:</p> <p>30. Evaluasi hasil kegiatan (subjektif dan objektif)</p> <p>31. Berikan reinforcement positif pada klien</p> <p>32. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</p> <p>33. Cuci tangan efektif 6 langkah</p>
<p><b>Dokumentasi</b></p> <p>34. Lakukan pendokumentasian:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tindakan yang sudah dilakukan, ukuran NGT, Panjang NGT yang dimasukkan, lubang hidung yang digunakan, pengecekan posisi NGT yang dilakukan</li> <li>b. Respon pasien</li> </ol>
<p>Catatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jika klien batuk atau bersin, hentikan dulu tindakan, lalu ulangi lagi, anjurkan klien untuk menarik nafas</li> <li>b. Jika tetap ada tahanan, tarik selang perlahan sampai keluar. Masukkan lagi ke lubang hidung yang lain secara perlahan</li> <li>c. Jika klien terlihat akan muntah, tarik selang dan inspeksi tenggorokan lalu lanjutkan kembali secara bertahap</li> </ol>

### 3. Pemberian Makan Enteral

#### a) Definisi

Mempersiapkan dan memberikan nutrisi melalui selang oro/nasogastrik

#### b) Prosedur

<b>Tahapan</b>
<b>Tahap Pra interaksi</b>

1. Kaji kebutuhan klien dengan melihat catatan medis dan keperawatan klien
2. Cuci tangan efektif 6 langkah
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
  - a. Chateter tip atau spuit 20 – 50 cc, sesuai kebutuhan
  - b. Handscoon bersih
  - c. Stetoskop
  - d. Tissue
  - e. Makanan cair
  - f. Air minum
  - g. Pengalas
4. Cuci tangan efektif 6 langkah

#### **Tahap Orientasi**

5. Ucapkan salam pembuka dan perkenalkan diri
6. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (tanyakan nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)
7. Jelaskan tujuan tindakan pada klien dan keluarga
8. Jelaskan prosedur kepada klien dan keluarga
9. Kontrak waktu
10. Tanyakan keluhan/ kondisi klien
11. Berikan kesempatan kepada klien dan keluarga bertanya

#### **Tahap Kerja**

12. Jaga privasi klien
13. Cuci tangan efektif 6 langkah
14. Pasang handscoon
15. Bantu klien dengan posisi semi fowler, jika tidak ada kontraindikasi
16. Letakkan pengalas di dada pasien
17. Periksa posisi dan kepatenan NGT serta residu lambung
18. Tunda pemberian makan jika residu lebih dari 50 cc
19. Buka penutup ujung NGT dan sambungkan dengan chateter tip atau spuit
20. Masukkan makanan cair ke dalam chateter tip atau spuit
21. Alirkan makanan perlahan tanpa mendorong
22. Bilas selang dengan air minum
23. Tutup kembali ujung selang
24. Pertahankan posisi semi fowler selama 30 menit setelah makan

25. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
26. Lepaskan handscoon
27. Cuci tangan efektif 6 langkah

#### **Tahap Terminasi**

Evaluasi hasil yang didapat sebagai berikut:

28. Evaluasi hasil kegiatan (subjektif dan objektif)
29. Berikan reinforcement positif pada klien
30. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
31. Cuci tangan efektif 6 langkah

#### **Dokumentasi**

32. Lakukan pendokumentasian:
  - a. Prosedur yang telah dilakukan: kegiatan, sisa residu, makanan cairan yang dimasukkan
  - b. Respons pasien

#### 4. Pemantauan Kepatenan Selang Nasogastrik

##### a) Definisi

Mengumpulkan dan menganalisis data tentang ketepatan posisi dan kepatenan selang yang dipasang melalui hidung, melewati tenggorokan sampai ke lambung.

##### b) Prosedur

#### **Tahapan**

#### **Tahap Pra interaksi**

1. Kaji kebutuhan klien dengan melihat catatan medis dan keperawatan klien
2. Cuci tangan efektif 6 langkah
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
  - a. Handscoon bersih
  - b. Stetoskop
  - c. Plester
  - d. Catheter tip atau spuit, *sesuai ukuran*
  - e. Kertas pH, *jika perlu*
4. Cuci tangan efektif 6 langkah

**Tahap Orientasi**

5. Ucapkan salam pembuka dan perkenalkan diri
6. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (tanyakan nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)
7. Jelaskan tujuan tindakan pada klien dan keluarga
8. Jelaskan prosedur kepada klien dan keluarga
9. Kontrak waktu
10. Tanyakan keluhan/ kondisi klien
11. Berikan kesempatan kepada klien dan keluarga bertanya

**Tahap Kerja**

12. Jaga privasi klien
13. Cuci tangan efektif 6 langkah
14. Periksa ketepatan posisi selang nasogastrik dengan:
  - a. Aspirasi cairan lambung atau
  - b. Auskultasi hembusan udara atau
  - c. Cek keasaman cairan lambung dengan kertas pH
15. Periksa ketepatan fiksasi selang nasogastrik sesuai batas penandaan
16. Rapikan pasien dan alat – alat yang telah digunakan
17. Lepas handscoon
18. Cuci tangan efektif 6 langkah

**Tahap Terminasi**

- Evaluasi hasil yang didapat sebagai berikut:
19. Evaluasi hasil kegiatan (subjektif dan objektif)
  20. Berikan reinforcement positif pada klien
  21. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
  22. Cuci tangan efektif 6 langkah

**Dokumentasi**

23. Lakukan pendokumentasian:
  - a. Tindakan yang sudah dilakukan
  - b. Respon pasien

**5. Perawatan Stoma****a) Definisi**

Prosedur mengidentifikasi dan merawat pasien yang memiliki stoma dengan membersihkan stoma dan kulit sekitar stoma, serta mengganti kantung stoma secara berkala.

## b) Prosedur

<b>Tahapan</b>
<p><b>Tahap Pra interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kaji kebutuhan klien dengan melihat catatan medis dan keperawatan klien</li><li>2. Cuci tangan efektif 6 langkah</li><li>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Handscoon bersih</li><li>b. Kantung kolostomi</li><li>c. Kassa/kapas/tisu</li><li>d. Cairan fisiologis</li><li>e. Plastik hitam</li><li>f. Pinset chirurgis</li><li>g. Pinset anatomis</li><li>h. Kom steril</li><li>i. Stomahaesive pasta, jika perlu</li><li>j. Stomahaesive powder, jika perlu</li><li>k. Gunting</li><li>l. Pengalas</li><li>m. Bengkok</li></ol></li><li>4. Cuci tangan efektif 6 langkah</li></ol>
<p><b>Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Ucapkan salam pembuka dan perkenalkan diri</li><li>6. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (tanyakan nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)</li><li>7. Jelaskan tujuan tindakan pada klien dan keluarga</li><li>8. Jelaskan prosedur kepada klien dan keluarga</li><li>9. Kontrak waktu</li><li>10. Tanyakan keluhan/ kondisi klien</li><li>11. Berikan kesempatan kepada klien dan keluarga bertanya</li></ol>
<p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>12. Jaga privasi klien</li><li>13. Cuci tangan efektif 6 langkah</li><li>14. Pasang handscoon bersih</li></ol>

15. Pasang pengalas dan gulung di bawah lokasi stoma
16. Letakkan bengkok yang telah dilapisi plastik di bawah pengalas
17. Buka klip kantong kolostomi di atas plastik hitam dengan hati – hati
18. Buka kantong stoma, buang feses/urine dan masukkan ke kantong plastik
19. Angkat base plate perlahan – lahan menggunakan cairan fisiologis (dimulai dari bagian yang jauh dari jahitan luka terlebih dahulu) dan masukkan ke dalam kantong plastik hitam
20. Ganti handscoon
21. Bersihkan stoma dan kulit sekitar stoma menggunakan kapas/kassa dan cairan fisiologis dengan diameter 10 – 15 cm
22. Bersihkan jahitan di sekeliling stoma menggunakan lidi kapas yang diberi cairan fisiologis
23. Keringkan kulit sekitar stoma dengan kasa kering
24. Tutup lubang stoma menggunakan kasa lembab dan siapkan pola pada base plate baru yang akan dipasang menggunakan stoma guide
25. Gunting base plate sesuai pola dan rapikan tepian guntingan base plate dengan jari
26. Buka kertas pengalas dan berikan pasta di sekeliling pinggiran lubang pola tersebut, kemudiakn rapikan menggunakan jari telunjuk yang telah dicelupkan dalam cairan fisiologis
27. Pasang base plate pada kulit sekitar stoma dimulai dari posisi stoma bagian
28. Tekan dengan hati – hati sekeliling base plate menggunakan jari – jari tangan
29. Pasang kantong stoma sambil mengambil kassa yang berada di atas lubang stoma
30. Pasangkan klipnya di bagian bawah kantong stoma sekitar 2 cm
31. Rapikan pasien dan alat – alat yang telah digunakan
32. Lepas handscoon
33. Cuci tangan efektif 6 langkah

#### **Tahap Terminasi**

Evaluasi hasil yang didapat sebagai berikut:

34. Evaluasi hasil kegiatan (subjektif dan objektif)
35. Berikan reinforcement positif pada klien
36. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
37. Cuci tangan efektif 6 langkah



**Dokumentasi**

38. Lakukan pendokumentasian:

- a. Tindakan yang sudah dilakukan
- b. Respon pasien

## DAFTAR PUSTAKA

- A. Nurarif, H. K. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan
- AHA. (2018). About Heart Attacks. American Heart Association.
- Ariani. 2013. Sistem Neurobehaviour. Jakarta: Salemba Medika
- Astuti, N. M., Yuliasuti, C., & Farida, I. (2023). Peningkatan Keterampilan Injeksi Pasien Diabetes dengan Menggunakan Self Insulin Injection Simulation Tool (SIIST). *Journal of Telenursing (JOTING)*, 5(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/joting.v5i1.5607>
- Bandyk, D. F. (2018). The diabetic foot: Pathophysiology, evaluation, and treatment. *Seminars in Vascular Surgery*, 31(2–4), 43–48. <https://doi.org/10.1053/J.SEMVASCURG.2019.02.001>
- Bertens K.2001. Etika. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Black and Hawks. 2014. Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes. Singapore: Elsevier
- Brunner & suddarth.2017.Keperawatan Medical-Bedah Brunner &
- Burns, S. M. 2014. AACN Essentials of Critical Care Nursing. Third. McGraw-Hill Education.
- Chiwanga, F. S., & Njelekela, M. A. (2015). Diabetic foot: prevalence, knowledge, and foot self-care practices among diabetic patients in Dar es Salaam, Tanzania – a cross-sectional study. *Journal of Foot and Ankle Research*, 8(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13047-015-0080-y>
- Chu, L. T., Nguyen, T. Q., Pham, P. T. T., & Thai, T. T. (2021). The Effectiveness of Health Education in Improving Knowledge about Hypoglycemia and Insulin Pen Use among Outpatients with Type 2 Diabetes Mellitus at a Primary Care Hospital in

Vietnam. Journal of Diabetes Research, 2021.  
<https://doi.org/10.1155/2021/9921376>

Craven,R.F., Hirnle,C.J., 2000., Fundamentals of Nursing : Human Health and Function., Third Edition., Philadelphia : JB. Lippincott Company.

Das, A., & Borkotoki, S. (2016). Evaluation of Serum Electrolyte Levels in Type 2 Diabetes Mellitus. Indian Journal of Applied Research, 6(8). [https://www.worldwidejournals.com/indian-journal-of-applied-research-\(IJAR\)/recent\\_issues\\_pdf/2016/August/August\\_2016\\_14700319\\_27\\_\\_28.pdf](https://www.worldwidejournals.com/indian-journal-of-applied-research-(IJAR)/recent_issues_pdf/2016/August/August_2016_14700319_27__28.pdf)

Datchinamoorthi, S., R, V., & Rajagopalan, B. (2016). Evaluation of Serum Electrolytes in Type II Diabetes Mellitus. International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research, 40(1). <https://globalresearchonline.net/journalcontents/v40-1/45.pdf>

Depkes RI. 2004. Keputusan Menteri Kesehatan Tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Jakarta.

Depkes RI. 2008. Manajemen Terpadu Balita Sakit Modul 5 (Manajemen Terpadu Bayi Muda Umur Kurang dari 2 bulan). Depkes, WHO, USAID: Jakarta.

Dermawan, D. (2012). Proses Keperawatan: Penerapan Konsep & Kerangka Kerja. Yogyakarta : Gosyen.

Diagnosa Medis dan Nanda Nlc-NOC. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediacion publishing.

Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat. 2009. Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Dekonsentrasi Program Upaya Kesehatan Masyarakat dan Program Perbaikan Gizi Masyarakat. Jakarta.

Elsevier. (2017). Nursing Key Topics Review: Maternity. Missouri: Elsevier

- Fitri Respati Ambarwati, SKM, M.Kes. dan Nita Nasution, S.Kep.Ns. 2012. Buku Pintar Asuhan Keperawatan Bayi dan Balita. Yogyakarta : Cakrawala Ilmu.
- Gemini, S. et al., 2021. Keperawatan Gerontik. Aceh : yayasan penerbit Muhammad Zaini.
- Gonzalez, J. S., Shreck, E., Psaros, C., & Safren, S. A. (2015). Distress and type 2 diabetes-treatment adherence: A mediating role for perceived control. *Health Psychology*, 34(5), 505–513. <https://doi.org/10.1037/HEA0000131>
- H Nabel Ridha (2014). Buku Ajar Keperawatan Anak. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Herlina, S., Yuliana, S., & Saldy, Y. (2021). Efek pendidikan teknik injeksi insulin terhadap kontrol glikemik pada pasien diabetes mellitus: A systematic review. *Seminar Nasional Riset Kedokteran*, 2(1), 2021. <https://conference.upnvj.ac.id/index.php/sensorik/article/view/1018>
- Hernanta, Iyan. 2013. Ilmu Kedokteran Lengkap tentang Neurosains. Jogjakarta: D-Medika
- Hidayat, Aziz Alimul & Uliyah, Musrifatul. 2016. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat, Aziz Alimul. 2006. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Ilyas, E. I. (2015). Olahraga Bagi Diabetisi. In *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Balai Penerbit FK UI.
- Indonesia :Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Indonesia :Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

indonesia. In Dewan Pengurus Pusat.  
<https://doi.org/10.1103/PhysRevLett.77.1889>

Informasi Kementerian Kesehatan RI.

Ismani, Nila. 2001. Etika Keperawatan. Jakarta : Widya Medika

Jayne Klossner, & Hatfield, N. (2010). Introductory Maternity & Pediatric. Wolter Kluwer Health

Juwono. 2014. Pemeriksaan Klinik Neurologi dalam Praktik, Edisi 2. Jakarta: EGC

Kamrul-Hasan, A. B. M., Paul, A. K., Amin, M. N., Abu Jar Gaffar, M., Asaduzzaman, M., Saifuddin, M., Mustari, M., Jahangir Alam, M., Shahid, M. M., Nahid-Ul-Haque, K. M., Alam, M. S., Motiur Rahman, M., Talukder, S. K., Abdul Kader, M., Akter, F., Hannan, M. A., Chanda, P. K., Bakar, M. A., & Selim, S. (2020). Insulin Injection Practice and Injection Complications – Results from the Bangladesh Insulin Injection Technique Survey. *European Endocrinology*, 16(1), 41. <https://doi.org/10.17925/EE.2020.16.1.41>

Keliat, et. al. 2019, Asuhan Keperawatan Jiwa, Monica Ester, EGC, Jakarta

Keliat, Mulia, Hardayati, 2023, Promosi Kesehatan Jiwa, Terapi Kelompok Terapeutik, Buku 1, EGC, Jakarta

Keliat, Pasaribu. 2023. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart, 2nd Indonesia Edition. Elsevier: Singapore. Pte. Ltd

Kemenkes RI. (2014). Situasi kesehatan jantung. Pusat Data Dan

Kholifah, S. N., 2016. Keperawatan Gerontik. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan

Knapp, S. (2013). Diabetes and Infection: Is There a Link? - A Mini-Review. *Gerontology*, 59(2), 99–104. <https://doi.org/10.1159/000345107>

- Kozier&Erb's. (2016). *Fundamentals of Nursing. Concepts, Process, and practice* (Tenth ed.). New Jersey, USA: Pearson Education, Inc.
- Kozier. (2000). *Fundamentals of Nursing : concept theory and practices*. Philadelphia. Addison Wesley.
- Kurniawan, M. H., & Hariyati, R. (2019). Patient assessment responses in nursing practice to enhance patient safety: A systematic review. *Enfermería Clínica*, 29 Suppl 2. doi:10.1016/j.enfcli.2019.04.068
- Kusyati E, Wahyuningsih RD, Mustaida, Yunani, Syaifudin A, Fauziyah N, Hartana A. 2006. *Ketrampilan dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGC
- Ladewig, Patricia A W., London, Davidson. (2014). *Contemporary maternal-newborn nursing care*. Ed. 8. USA: Pearson Education
- Liamis, G., Liberopoulos, E., Barkas, F., & Elisaf, M. (2014). Diabetes mellitus and electrolyte disorders. *World Journal Clinical Cases*, 2(10). <https://doi.org/https://doi.org/10.12998%2Fwjcc.v2.i10.488>
- Lowdermilk, Perry, and Cashion. (2013). *Buku Keperawatan Maternitas*. Ed. 8. Indonesia: Elsevier
- Lumbantobing. 2018. *Neurologi Klinik: Pemeriksaan fisik dan mental*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI
- Manurung, S. (2011). *Keperawatan Professional*. Jakarta : Trans Info Media
- Manusia (Teori& Aplikasi Praktek Bagi Mahasiswa dan Perawat Klinis) (Edisi Pert). Indomedia Pustaka
- Marlene. 1984. *Dasar-dasar ilmu keperawatan*. Jakarta : Gunung Agung
- Medikal Bedah Sistem Kardiovaskular. Jakarta: Penerbit Erlangga.

- Mohammad, N. A., & Khresheh, R. M. (2018). Evaluate the Effect of Education Interventions in the Prevention of Diabetic Foot Ulcers through Knowledge of the Disease and Self-Care Practices in Saudi Arabia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(11), 2206. <https://doi.org/10.3889/OAMJMS.2018.439>
- Morton, P. G. and Fontaine, D. K. 2018. *Critical Care Nursing A Holistic Approach*, Syria Studies. Edited by Eleventh. Wolters Kluwer.
- Mubarak, Indrawati, Susanto, 2015. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasae*. Salemba Medika, Jakarta.
- Muhith, A. & Siyoto, S., 2016. *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Muninjaya, A.A.G. 2004. *Manajemen Kesehatan*. EGC: Jakarta.
- Muttaqin, A. (2009). *Asuhan keperawatan klien dengan Gangguan*
- Muttaqin, Arif. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC
- Muttaqin, Arif. 2013. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- NANDA. (2017). *Diagnosis keperawatan. definisi & klasifikasi 2015-2017 (10 ed.)*. Jakarta: EGC Penerbit Buku kedokteran.
- NICHD - Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. (2017). *About Pregnancy*. Access on June, 13 2023, from website <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo>.
- Nisfu,. (2020). "Standar Perencanaan Keperawatan". [10.31219/osf.io/hxej6](https://doi.org/10.31219/osf.io/hxej6).
- Noor, Zairin, 2016. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. Etika dan Hukum Kesehatan. Jakarta : PT Rineka Cipta Weitzel,
- Nursalam, Rekawati Susilaningrum, Sri Utami ; editor, Dripta Sjabana. 2013. Asuhan keperawatan bayi dan anak : (untuk perawat dan bidan). Jakarta : Salemba Empat.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. (2021). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2021. <https://pbperkeni.or.id/wp-content/uploads/2021/11/22-10-21-Website-Pedoman-Pengelolaan-dan-Pencegahan-DMT2-Ebook.pdf>
- Perrin, K. O. and MacLeod, C. E. 2018. Understanding the Essentials of Critical Care Nursing. Third, Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain). Third. New York: Pearson Education, Inc.
- Perry Potter, 2009. Fundamental of Nursing-Fundamental Keperawatan buku 1 edisi 7. Salemba Medika. Jakarta
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2012). Standar Praktik Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta: DPP PPPNI



- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (1999, 2000). Kode Etik Keperawatan, lambing dan Panji PPNI dan Ikrar Perawat Indonesia, Jakarta: PPNI
- Peter L ., 2020., Clinical Practice and Practical procedures How to perform chest auscultation and interpret the findings.,Nursing Times (online)., Vol 116 Issue 1
- Polonsky, W. H., & Henry, R. R. (2016). Poor medication adherence in type 2 diabetes: Recognizing the scope of the problem and its key contributors. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1299–1306. <https://doi.org/10.2147/PPA.S106821>
- Potter&Perry. (2017). *Fundamental of Nursing (9th ed.)*. St. Louis Missouri: Mosby Elsevier.Inc.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 2000., *Pocket Guide to Basic Skill and Procedures (3rd ed.)*., Toronto : Mosby.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 2006., *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik.*, Edisi 4., Volume 2., Jakarta : EGC
- Potter,P.A., Perry,A.G., 2010., *Fundamentals of Nursing : Fundamental Keperawatan.*, Buku 3., Edisi 7., Jakarta : EGC.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 1994., *Clinical Nursing Skill & Techniques.*, Buku 1., Third Edition., St.Louis, Missouri : Mosby-Year. Book Inc.
- PPNI, T. P. S. D., 2017. *Standar Diagnosis keperawatan indonesia. Definisi dan indikator diagnostik.* Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T. P. S. D., 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Definisi dan Tindakan Keperawatan.* Jakarta: Dewan pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T. P. S. D., 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. definisi dan kriteria hasil keperawatan.* Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Price, S.A., dan Wilson, L. M., Pathofisiologi Konsep Klinik Proses-Proses Penyakit. Jakarta: EGC. 2006. Hal : 43-51
- Priharjo, R (1995). Pengantar etika keperawatan; Yogyakarta: Kanisius.
- Ratnawati, Ana. (2020). Asuhan Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Roper, nancy. 1996. Prinsip-prinsip keperawatan. Yogyakarta : Abdi Yogyakarta
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). Buku Ajar Keperawatan
- Ruswadi, I. & Supriatun, E., 2022. Keperawatan Gerontik. Pengetahuan Praktis bagi Perawat dan Mahasiswa keperawatan. Indramayu: CV. Adanu Abimata.
- Safitri. 2019. Evaluasi Sebagai Acuan Tindakan Keperawatan Yang Lebih Tepat. <https://doi.org/10.31219/osf.io/2r8un>
- Sari Wahyuni, SST. 2012. Asuhan neonatus, bayi dan balita penuntun belajar praktik klinik. Jakarta :EGC
- Setiadi. (2016). Dasar-Dasar Anatomi Dan Fisiologi
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., 2002, Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth, Alih Bahasa : Monica Ester, Jakarta : EGC.
- Smeltzer, SC dan Bare BG. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Edisi 8 Volume 3. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: EGC
- Suddarth, Edisi 12.Jakarta:EGC.

- Sunaryo, et al., 2015. Asuhan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Sutanto, AV & Fitriana Y, 2017. Kebutuhan Dasar Manusia-Teori & Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional. Pustaka Baru Press. Yogyakarta.
- Terri Kyle · Susan Carman · Dwi Widiarti. 2014. Buku ajar Keperawatan Pediatri ; EDISI, 2 / vol.3 ; Jakarta: EGC .
- Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI. 2021. Pedoman Standar prosedur Operasional Keperawatan Edisi 1. DPP PPNI. Jakarta Selatan
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia definisi dan indikator diagnostic. Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia definisi dan kriteria hasil keperawatan. Jakarta: DPP PPNI
- Undang Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
- Urden, L. D. et al. 2006. Thelan's critical care nursing: diagnosis and management. Mosby Incorporated.
- Vafeas, C. & Slatyer, S., 2021. Gerontological Nursing: A Holistic Approach to the Care of older people. Australia: Elsevier.
- Vaughans, Bennita W. 2013. Keperawatan Dasar DeMystified. Yogyakarta: Rapha Publishing

- Vonna, A., Marlinda, M., & Suryawati, S. (2021). Evaluasi Pengetahuan dan Keterampilan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dalam Penggunaan Insulin Pen. Sel Jurnal Penelitian Kesehatan, 8(2), 106–116. <https://doi.org/10.22435/SEL.V8I2.5496>
- Wahid, Abdul. 2013. Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuluskeletal. Jakarta: Trans Info Media
- Wahyudi, AS & Wahid, A, 2016. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Mitra Wacana Media. Jakarta.
- Waspadji, S. (2015). Diabetes Melitus: Mekanisme Dasar dan Pengelolaannya yang Rasional. In S. Soegondo, P. Soewondo, & I. Subekti (Eds.), Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu (2nd ed.). Balai Penerbit FK UI.
- Williams, P., 2019. Basic Geriatric Nursing edition 7. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Yates, Catherine Delves. 2019. Panduan Langkah Demi Langkah Pentingnya Keterampilan Klinis Untuk Perawat. Yogyakarta: Rapha Publishing
- Young, S & Pitcher, B. (2016). Medicines Management for Nurses at a Glance. Great Britain: Wiley Blackwell
- Yulastuti, C., Astuti, N. M., & Rinarto, N. D. (2022). Walking as Simple Exercise to Reduce Blood Glucose Level in Type 2 Diabetes. Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences, 18(SUPP2), 31–36. [https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/202201260949107\\_0774.pdf](https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/202201260949107_0774.pdf)

## TENTANG PENULIS



**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,** lahir di Sidoarjo Jawa Timur pada tanggal 10 Juni 1979. Telah menyelesaikan pendidikan Program S1 Keperawatan dan Program Pascasarjana Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Selanjutnya telah menyelesaikan gelar Doktor di Program Doktor Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Saat ini aktif dalam kepengurusan AIPNI Jawa Timur Periode 2022-2026 Bidang uji kompetensi dan juga sebagai Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya serta aktif mengajar pada Mata Kuliah Komunikasi Keperawatan, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Gerontik, Keperawatan Komunitas dan Keluarga. Produk buku yang telah dihasilkan antara lain Komunikasi Keperawatan (*Communication Games Application*) di tahun 2013, Keperawatan Lanjut Usia-Aplikasi Teori dan Kasus di tahun 2019, Komunikasi Terapeutik-Aplikasi teori dan praktik di tahun 2023, Keperawatan Keluarga-Teori dan Studi Kasus di tahun 2023.

Email: [hidayatussyas'diyah@stikeshangtuah-sby.ac.id](mailto:hidayatussyas'diyah@stikeshangtuah-sby.ac.id),  
[hidayatussyadiyah@gmail.com](mailto:hidayatussyadiyah@gmail.com), [mahisyah\\_sht@yahoo.com](mailto:mahisyah_sht@yahoo.com)



**Maryati Agustina Tatangindatu, S.Kep, Ns. M.Kes,**

Seorang Penulis dan Dosen Prodi Keperawatan Jurusan Kesehatan Politeknik Negeri Nusa Utara . Lahir di Tahuna, 20 Maret 1973 kabupaten Kepulauan Sangihe. Penulis merupakan anak Pertama dari 2 bersaudara dari pasangan bapak Nicolas A. Tatangindatu (Alm) dan Ibu Alestina Tuasa. Ia menamatkan Pendidikan Program Sarjana (S1) di PSIK UNSRAT Manado dan Menyelesaikan Program Pasca Sarjana (S2) di UNSRAT Manado.



**Dr. Ns. Ratanto, S.Kep., M.Kep,**

seorang Penulis dan Dosen Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Lahir di Cilacap, 30 Januari 1980. Penulis menyelesaikan pendidikan program Sarjana (S1) Keperawatan di Universitas Indonesia Tahun 2008, Program Profesi (Ners) di Universitas Indonesia Tahun 2009, Program Pasca Sarjana (S2) Keperawatan di Universitas Indonesia Tahun 2013 dan Program Doktorat (S3) Keperawatan di Universitas Indonesia Tahun 2022.



**Dani Prastiwi, S.Kep.,Ns.,M.Sc..**

Penulis dan Dosen Prodi Keperawatan dan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pekalongan. Lahir di Purworejo, 19 Nopember 1987. Menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) di STIKES Surya Global Yogyakarta pada tahun 2009 dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Gadjah Mada pada program studi Ilmu Kedokteran Dasar dan Biomedis (konsentrasi Ilmu Faal) pada tahun 2014. Penulis aktif mengajar pada mata kuliah

Anatomi dan Fisiologi Manusia, Patofisiologi, Keperawatan Dasar dan Keperawatan Medikal Bedah sejak tahun 2011 sampai dengan sekarang.



**Sri Anik Rustini,**

Penulis dilahirkan di Kota Surabaya Jawa Timur pada Tanggal 26 Oktober 1966. Merupakan anak Pertama dari pasangan Rusman (Alm) dan Ibu Suparmi(Alm). Penulis menyelesaikan program S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya lulus tahun 2010 dan menyelesaikan program S2 di Program Studi

Magister Kedokteran Keluarga Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta lulus tahun 2014. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya, Program Studi Ilmu Keperawatan. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Perhimpunan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Ilmu Biomedik Dasar, Patofisiologi, Keperawatan Gawat Rarurat, Penanggung jawab Mata kuliah antropologi kesehatan. Selain itu penulis juga aktif dalam

menulis jurnal nasional maupun internasional. Email Penulis: [srianikrustini88@gmail.com](mailto:srianikrustini88@gmail.com)



**Ns. Fauziah Hamid Wada.,S.Kep.,M.Kep**

Seorang Penulis dan Dosen Program Studi Ners Universitas Bani Saleh, Bekasi. Lahir di Kota Tidore Kepulauan, Tanggal 10 Februari 1993, Maluku Utara. Penulis merupakan anak pertama dari empat bersaudara dari pasangan bapak Hamid A. Rajak S.H dan Ibu Umijati Taher,S.Pd. Ia menamatkan pendidikan Program Sarjana (S1) dan Ners di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Prodi S1 Keperawatan dan Ners dan menyelesaikan Program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, FKKMK, Prodi Magister Keperawatan konsentrasi di bidang Keperawatan Maternitas.



**Alvin Abdillah, S.Kep., Ns., M.A.P., M. Kep,**

Seorang Penulis dan Dosen Program Studi Keperawatan STIKes Ngudia Husada Madura. Lahir di Bangkalan, pada tanggal 25 Januari 1990. Penulis merupakan lulusan angkatan pertama di Program Studi Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Ngudia Husada Madura, kemudian melanjutkan Pendidikan Pasca Sarjana yang pertama di Universitas 17 Agustus Surabaya program Studi Administrasi Publik dan yang kedua di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.





**Nisfil Mufidah, S.Kep., Ns., M.Kep,**

Seorang Dosen Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudia Husada Madura. Lahir di Bangkalan Madura, 17 September 1984. Penulis merupakan anak ketiga dari empat bersaudara dari pasangan bapak H. Rusdi dan Ibu Hj. Faridah. Ia menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) di Universitas Airlangga Surabaya prodi Keperawatan dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Airlangga Surabaya prodi Keperawatan.



**Christina Yulastuti, S.Kep.,Ns., M.Kep,**

Penulis lahir pada tanggal 26 Juli 1981 di Sidoarjo Provinsi Jawa Timur, anak kedua dari S. Tugiman (almarhum) dan Sri Sudarti. Penulis menyelesaikan program Sarjana Keperawatan dan profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga tahun 2006 serta program magister keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tahun 2012. Saat ini penulis menjabat sebagai Kepala Pusat Penelitian, Pengembangan, dan Pengabdian kepada Masyarakat (P3M) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Penulis sehari-hari bekerja sebagai dosen Keperawatan medikal bedah dan Keperawatan dewasa. Selain pendidikan dan pengajaran, sepanjang karir sebagai dosen, penulis melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang kesehatan dan keperawatan.



**lis Fatimawati, S.Kep.,Ns., M.Kes,**

Seorang Penulis dan Dosen Prodi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya. Lahir di Pasuruan, 05 April 1982 Jatim. Penulis merupakan anak keenam dari sembilan bersaudara. Penulis menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) di Universitas Airlangga Surabaya prodi S1 Keperawatan tahun 2005, Lulus Program Profesi Ners Tahun 2006 dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Airlangga Surabaya prodi Kesehatan Masyarakat di bidang Kesehatan Ibu dan Anak tahun 2012. Penulis Berkarir menjadi Dosen sejak 2006 di Stikes Majapahit Mojokerto sampai dengan 2016. Penulis menjadi Dosen Prodi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya tahun 2016 sampai dengan sekarang.



**Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep,**

Jenjang Pendidikan penulis dimulai dari Diploma Tiga Keperawatan di Stikes Katolik St.Vincentius a Paulo lulus tahun 2008, melanjutkan program sarjana keperawatan dan ners di Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya lulus tahun 2011. Kemudian menyelesaikan Pendidikan Magister di Universitas Airlangga pada tahun 2015. Penulis aktif bekerja di Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya sejak tahun 2012 hingga saat ini dan merupakan dosen pengampu Mata Kuliah Keperawatan Gerontik, Keperawatan Komunitas dan Keperawatan Keluarga. Ketertarikan penulis terhadap keperawatan gerontik dimulai sejak tahun 2014 sebagai pengajar keperawatan gerontik. Aktif dalam

kegiatan tridarma perguruan tinggi pada bidang keperawatan gerontik. Aktif sebagai penulis bidang keperawatan dan juga aktif melakukan publikasi artikel pada jurnal terindek SINTA.



**Rafidaini Sazarni Ratiyun, S.Kep., M.Kep.**

Seorang Penulis dan Dosen Prodi Ners STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu. Lahir di Curup, 24 April 1988. Penulis menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) pada tahun 2010 dan menyelesaikan pendidikan Profesi Ners (Ns) pada tahun 2012 di STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu. Pada tahun 2016-2018 penulis melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana (S2) di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta prodi Magister Keperawatan dengan peminatan keperawatan maternitas. Saat ini penulis berdomisili di Bengkulu dan bekerja sebagai dosen tetap di STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu. Beberapa mata kuliah yang diampu oleh penulis antara lain Ilmu Dasar Keperawatan, Keperawatan Maternitas. Penulis telah mempublikasikan berbagai karya seperti artikel penelitian yang diterbitkan di jurnal ilmiah.



**Ns. Aty Nurillawaty Rahayu, M.Kep,Sp.Kep.J**

seorang Penulis dan Dosen Prodi Ners Fakultas Kesehatan dan Farmasi Universitas Bani Saleh Bekasi. Lahir di Bekasi, 18 Maret 1977. Penulis merupakan anak pertama dari lima bersaudara dari pasangan Alm. bapak Eman Suherman dan Ibu Ida Nuraida. ia menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) di Universitas Indonesia prodi Ilmu Keperawatan dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) Megister dan Spesialis

Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia prodi Keperawatan konsentrasi di bidang Keperawatan Jiwa.



**Mufarika, S.Kep., Ns., M.Kep.**

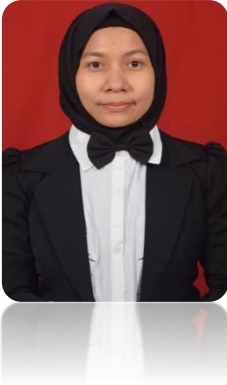
Seorang Penulis dan Dosen Prodi Keperawatan Gawat Darurat di STIKes Ngudia Husada Madura. Lahir di Sidoarjo, 18 Januari 1985. Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara dari pasangan bapak Suandi Arsi dan Ibu Laitipa. ia menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) dan profesi ners di STIKes Ngudi Waluyo Ungaran prodi Keperawatan dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Padjajaran Bandung prodi keperawatan.



**Yeanneke Liesbeth Tinungki, S.Kep, Ns, M. Kes,**

Seorang Penulis dan Dosen Prodi Keperawatan Politeknik Negeri Nusa Utara. Lahir di desa Mala, 15 Januari 1982 Kabupaten Kepulauan Sangihe Sulawesi Utara. Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara dari pasangan bapak Antipater Tinungki, S.Pd (Alm) dan Ibu Bestiana Budiman, S. Pd. Ia menamatkan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan Politeknik Kesehatan Manado pada tahun 2002. Mengikuti Pendidikan Program Sarjana (S1) Keperawatan pada tahun 2010 dan profesi Ners pada tahun 2011 di Universitas Sam Ratulangi Manado. Menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado pada tahun 2014. Pengalaman bekerja, Pernah bekerja di RSUD Liunkendage Tahuna sebagai perawat sekaligus sebagai kepala Ruang untuk manajerial pelayanan sejak tahun 2002 sampai tahun

2011. Menjadi Dosen keperawatan pada tahun 2011 sampai sekarang ini sekaligus sebagai Praktisi Wound Care di Kabupaten Kepulauan Sangihe dan Aktif sebagai pengurus DPD PPNI Kab. Kep. Sangihe  
Email : [yeanneketinungki82@gmail.com](mailto:yeanneketinungki82@gmail.com)



**Heni Ekawati, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Salah satu Dosen pada Program Studi Profesi Ners di STIKes Ngudia Husada Madura. Lahir di Bangkalan, 10 Oktober 1985. Penulis merupakan alumni pada Program Studi Ilmu Keperawatan Keperawatan, Universitas Airlangga. Penulis menempuh Pendidikan S2 pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Anak Peminatan Keperawatan Anak, Universitas Indonesia. Penulis concern menulis pada bidang Keperawatan Dasar dan Keperawatan Anak.

**Penerbit :**

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Buku Gudang Ilmu, Membaca Solusi  
Kebodohan, Menulis Cara Terbaik  
Mengikat Ilmu. Everyday New Books

**SONPEDIA.COM**  
PT. Sonpedia Publishing Indonesia

**Redaksi :**

Jl. Kenali Jaya No 166

Kota Jambi 36129

Tel +6282177858344

Email: [sonpediapublishing@gmail.com](mailto:sonpediapublishing@gmail.com)

Website: [www.sonpedia.com](http://www.sonpedia.com)