

MODUL
BAHAN AJAR CETAK
KEPERAWATAN

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA II



» Sunarsih Rahayu
Addi Mardi Harnanto



KEBUTUHAN DASAR
MANUSIA II

Pusdik SDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120
Telp. 021 726 0401, Fax. 021 726 0485, Email. pusdiknakes@yahoo.com



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

MODUL
BAHAN AJAR CETAK
KEPERAWATAN

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA II

» Sunarsih Rahayu
Addi Mardi Harnanto



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Hak Cipta © dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Desember 2016

Penulis : *Addi Mardi Harnanto, MN*
Sunarsih Rahayu, S.Kep., Ns., M.Kep.

Pengembang Desain Instruksional : *Ir. Armein Syukri, M.Si.*

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : *Nursuci Leo Saputri, A.Md.*

Tata Letak : *Nono Suwarno*

Jumlah Halaman : 222

DAFTAR ISI

BAB I: KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA	1
Topik 1.	
Konsep Dasar Sistem Pernapasan	3
Latihan	6
Ringkasan	7
Tes 1	7
Topik 2.	
Konsep Dasar Cairan Dan Konsep Dasar Nutrisi	9
Latihan	26
Ringkasan	26
Tes 2	27
Topik 3.	
Konsep Integritas Kulit dan Luka	29
Latihan	34
Ringkasan	34
Tes 3	34
Topik 4.	
Konsep Dasar Psikososial: Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres dan Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka, dan Penyakit Terminal	36
Latihan	53
Ringkasan	53
Tes 4	53
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	55
GLOSARIUM	56
DAFTAR PUSTAKA	57
BAB II: KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN OKSIGEN	60
Topik 1.	
Pengkajian pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen	62
Latihan	65
Ringkasan	66
Tes 1	66

Topik 2.	
Diagnosa Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen	68
Latihan	74
Ringkasan	74
Tes 2	74
Topik 3.	
Diagnosa Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen	76
Latihan	82
Ringkasan	82
Tes 3	83
Topik 4.	
Evaluasi Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen	84
Latihan	85
Ringkasan	85
Tes 4	86
DAFTAR PUSTAKA	88
GLOSARIUM	89
LAMPIRAN	90
BAB III: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN CAIRAN	92
Topik 1.	
Pengkajian pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit	94
Latihan	96
Ringkasan	97
Tes 1	97
Topik 2.	
Diagnosa Keperawatan pada pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit	99
Latihan	103
Ringkasan	103
Tes 2	104

Topik 3.	
Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit	106
Latihan	109
Ringkasan	109
Tes 3	109
Topik 4.	
Evaluasi Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit	111
Latihan	112
Ringkasan	112
Tes 4	113
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	115
GLOSARIUM	116
DAFTAR PUSTAKA	117
BAB IV: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN NUTRISI	119
Topik 1.	
Pengkajian pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi	121
Latihan	125
Ringkasan	126
Tes 1	126
Topik 2.	
Diagnosa Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi	128
Ringkasan	130
Tes 2	131
Topik 3.	
Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi	132
Ringkasan	136
Tes 3	136
Topik 4.	
Evaluasi Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi	138
Ringkasan	139
Tes 4	139

KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	141
GLOSARIUM	142
DAFTAR PUSTAKA	143
BAB V: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DAN PERAWATAN LUKA	145
Topik 1.	
Pengkajian Integritas Kulit dan Luka	147
Latihan	155
Ringkasan	155
Tes 1	156
Topik 2.	
Diagnosis Keperawatan Pada Gangguan Integritas Kulit dan Perawatan Luka	158
Latihan	161
Ringkasan	161
Tes 2	162
Topik 3.	
Intervensi pada Klien dengan Gangguan Integritas Kulit dan Luka	164
Latihan	167
Ringkasan	167
Tes 3	168
Topik 4.	
Evaluasi pada Klien dengan Gangguan Integritas Kulit dan Luka	169
Latihan	171
Ringkasan	171
Tes 4	172
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	173
GLOSARIUM	174
DAFTAR PUSTAKA	175
BAB VI: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL; PENGALAMAN KEHILANGAN, KEMATIAN, BERDUKA, DAN PENYAKIT TERMINAL	176

Topik 1.

Pengkajian Pada Klien dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka dan Penyakit Terminal	178
Latihan	185
Ringkasan	186
Tes 1	186

Topik 2.

Pengkajian Pada Klien Dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka Dan Penyakit Terminal	188
Latihan	193
Ringkasan	193
Tes 2	194

Topik 3.

Intervensi Keperawatan pada Klien dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka dan Penyakit Terminal	195
Latihan	201
Ringkasan	201
Tes 3	201

Topik 4.

Evaluasi Keperawatan pada Klien dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka dan Penyakit Terminal	203
Latihan	207
Ringkasan	207
Tes 4	208

KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	209
GLOSARIUM	210
DAFTAR PUSTAKA	212

BAB I

KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

Addi Mardi Harnanto, MN
Sunarsih Rahayu, S.Kep., Ns., M.Kep.

PENDAHULUAN

Apa kabar? Salam jumpa, apakah Anda pernah mendengar istilah “Kebutuhan Dasar Manusia”, yang merupakan materi dasar bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien baik individu, keluarga dan masyarakat yang meliputi bio, psiko, sosial, spiritual, dan kultural. Kebutuhan dasar manusia yang akan kita pelajari pada Bab 1 ini adalah konsep Kebutuhan Dasar Manusia II.

Peran dan kompetensi perawat dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada klien mutlak diperlukan, karena perawatlah satu-satunya tenaga kesehatan yang 24 jam mendampingi klien. Dengan tindakan pemenuhan kebutuhan dasar manusia secara benar dan tepat, maka risiko akibat gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia dapat dicegah atau diatasi secara cepat dan tepat. Untuk itu mari kita pelajari bersama tentang konsep kebutuhan dasar manusia II meliputi konsep dasar oksigenasi, konsep dasar cairan dan elektrolit, konsep dasar nutrisi, konsep dasar integritas kulit dan penyembuhan luka, konsep dasar psikososial, penyakit terminal, dan menjelang ajal.

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan konsep kebutuhan dasar manusia II, meliputi menjelaskan konsep dasar:

1. oksigenasi;
2. cairan dan elektrolit;
3. nutrisi;
4. integritas kulit dan penyembuhan luka;
5. psikososial; konsep diri, seksualitas, kesehatan spiritual, stress dan koping, pengalaman kehilangan, kematian, berduka, dan penyakit terminal.

Agar Anda dapat memahami bab ini dengan mudah, maka bab ini dibagi menjadi empat (4) topik, yaitu:

1. Topik 1:
Membahas konsep dasar oksigenasi/pernapasan, meliputi: anatomi sistem pernapasan, fungsi sistem pernapasan, pola pernapasan normal, dan faktor yang memengaruhi pernapasan.
2. Topik 2:
Membahas konsep dasar cairan dan elektrolit, serta konsep dasar nutrisi. Konsep dasar cairan dan elektrolit meliputi keseimbangan cairan dan elektrolit, keseimbangan asam basa, gangguan keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa, faktor yang

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

memengaruhi keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa. Adapun konsep dasar nutrisi meliputi struktur dan fungsi nutrien, anatomi sistem pencernaan, fungsi sistem pencernaan, keseimbangan energi, kebutuhan nutrisi sesuai tingkat perkembangan usia, dan faktor-faktor yang memengaruhi pola diet.

3. Topik 3:

Membahas konsep dasar integritas kulit dan penyembuhan luka, meliputi anatomi fisiologi jaringan kulit, definisi luka, klasifikasi luka, fisiologi penyembuhan luka, faktor yang berpengaruh terhadap penyembuhan luka, dan komplikasi luka.

4. Topik 4:

Membahas konsep dasar psikososial yang meliputi konsep diri, seksualitas, kesehatan spiritual, stress dan koping, pengalaman kehilangan, kematian, berduka, dan penyakit terminal.

Untuk memahami materi tersebut, pelajailah bab ini mulai dari Topik 1 sampai 4. Pada setiap topik, Anda diharuskan mengerjakan latihan dan tes formatif. Untuk menilai kemajuan belajar Anda, sebaiknya Anda tidak melihat kunci jawaban terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan latihan dan tes formatif.

Waktu untuk menyelesaikan bab ini adalah satu semester. Gunakan waktu dengan sebaik-baiknya. Anda dinyatakan berhasil apabila memperoleh nilai ≥ 80 atau 80 % dapat menyelesaikan pertanyaan atau tugas yang diberikan.

Saya yakin Anda dapat memahami bab ini dengan baik!

Selamat belajar Semoga berhasil!

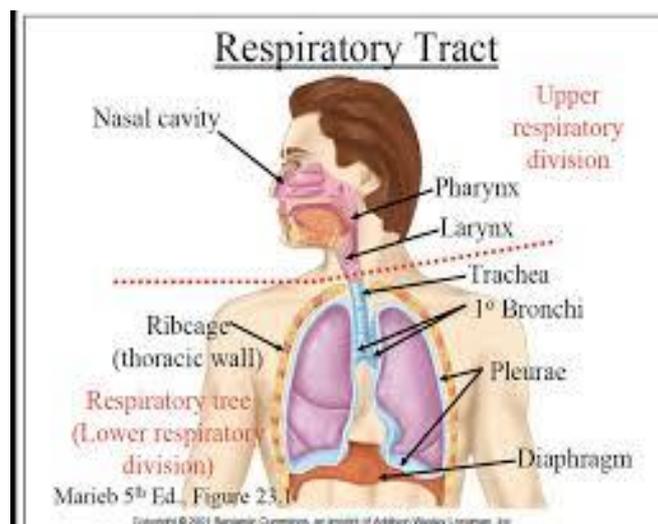
Topik 1

Konsep Dasar Sistem Pernapasan

Agar Anda lebih memahami bahasan tentang konsep dasar sistem pernapasan, pelajailah uraian materi berikut!

A. ANATOMI SISTEM PERNAPASAN

Bernapas membawa udara ke paru, dimana terjadi pertukaran gas. Udara masuk ke paru melalui saluran pernapasan. Organ saluran pernapasan atas terdiri dari mulut, hidung, dan pharing. Ketiganya dihubungkan dengan nasopharing, yang membawa udara melalui mulut dan hidung ke pharing. Organ saluran pernapasan bawah terdiri dari trakhea, lobus bronkhus, segmen bronkhus, dan paru. Bronkhus berlanjut ke bronkiolus, yang menghubungkan jalan napas dengan parenkim paru. Pertukaran gas di paru terjadi di alveoli. Struktur epitel berdinding tipis dihubungkan dengan kapiler. Oksigen masuk alveoli menembus epitel, masuk darah menuju jantung dan dari jantung ke jaringan tubuh.



Gambar 1.1 . Sistem pernapasan

B. FUNGSI SISTEM PERNAPASAN

Bernafas adalah pergerakan udara dari atmosfer ke sel tubuh dan pengeluaran CO₂ dari sel tubuh ke luar tubuh. Proses pernafasan mencakup ventilasi, difusi, transportasi dan perfusi.

1. Ventilasi

Ventilasi adalah proses masuk dan keluarnya udara di paru sehingga pertukaran gas terjadi. Ventilasi mencakup kegiatan bernafas atau inspirasi dan ekspirasi.

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

Selama inspirasi, diafragma dan otot intercostal eksternal berkontraksi, sehingga memperbesar volume thorak dan menurunkan tekanan intrathorak. Pelebaran dinding dada mendorong paru ekspansi, menyebabkan tekanan jalan napas turun di bawah tekanan atmosfer, dan udara masuk paru.

Pada saat ekspirasi, diafragma dan otot intracostal relaksasi, menyebabkan thorak kembali bergerak ke atas ke ukuran lebih kecil. Tekanan dada meningkat menyebabkan udara mengalir keluar dari paru

2. Difusi Gas

Difusi adalah proses dimana molekul (gas/partikel lain) bergerak dari daerah yang bertekanan tinggi ke daerah yang bertekanan rendah. Oksigen dan karbon dioksida berdifusi diantara alveoli dan darah.

Bernapas secara kontinyu menambah supply oksigen paru, sehingga tekanan partial oksigen (PO₂) di alveoli relatif tinggi. Sebaliknya bernapas mengeluarkan karbon dioksida dari paru, sehingga tekanan partial karbon dioksida (PCO₂) di alveoli rendah. Oksigen berdifusi dari alveoli ke darah karena PO₂ lebih tinggi di alveoli daripada di darah kapiler. Karbon dioksida berdifusi dari darah ke alveoli.

3. Transportasi dan Perfusi Gas

Oksigen ditransportasikan dari membrane kapiler alveoli paru ke darah kemudian ke jaringan dan karbondioksida ditransportasikan dari jaringan ke paru kembali. Oksigen diangkut dalam darah melalui hemoglobin. Metabolisme meningkat maka akan mengakibatkan peningkatan kebutuhan oksigen. Jumlah oksigen yang disampaikan ke sel disebut perfusi gas.

C. POLA PERNAPASAN NORMAL

Tabel 1.1

*Pola pernapasan normal tergantung pada usia.
Rata-Rata Pernapasan Menurut Kelompok Usia*

Kelompok Usia	Rata-rata pernapasan/menit
Bayi baru lahir dan bayi	30 – 60
1 – 5 tahun	20 – 30
6 – 10	18 – 26
10 tahun – dewasa	12 – 20
Dewasa tua (60 tahu ke atas)	16 - 25

D. JENIS PERNAPASAN

1. Pernafasan *Eupnoe*: pernafasan normal, tenang dan teratur.

2. Pernafasan *Kussmaul*: Pernafasan kadang-kadang cepat dan kadang-kadang lambat sehingga frekuensi tidak teratur
3. Pernafasan *Cheyene stokes*: Pernafasan kadang-kadang *apnoe* (berhenti), frekuensi pernafasan di bawah 20x/menit
4. Pernafasan *Biot*: Pernafasan yang tidak teratur iramanya dan kadang-kadang diikuti *apnoe*

E. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERNAFASAN

1. Posisi Tubuh

Berdiri atau duduk tegak menyebabkan ekspansi (pelebaran) paru paling besar. Diafragma dapat naik turun secara leluasa karena organ abdominal tidak menekan/mendorong diafragma. Pernapasan lebih kuat saat berbaring karena isi abdomen mendorong diafragma. Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, pernapasan meningkat dan sulit pada posisi berbaring karena janin mendorong diafragma.

2. Lingkungan

a. Ketinggian tempat

Tempat lebih tinggi mempunyai tekanan oksigen lebih rendah, sehingga darah arteri mempunyai tekanan oksigen yang rendah. Akibatnya orang di dataran tinggi mempunyai pernafasan dan denyut nadi yang meningkat dan peningkatan kedalaman napas.

b. Polusi udara

Polutan (hidrokarbon, oksidan) bercampur dengan oksigen membahayakan paru. Karbon monoksida menghambat ikatan oksigen dalam hemoglobin. Polutan menyebabkan peningkatan produksi mukus, bronkhitis dan asma.

c. Alergen

Alergen (*pollen*, debu, makanan) menyebabkan jalan napas sempit akibat udem, produksi mukus meningkat, dan bronkhospasme. Hal ini menyebabkan kesulitan bernapas sehingga meningkatkan kebutuhan oksigen

d. Suhu

Panas menyebabkan dilatasi pembuluh darah perifer yang mengakibatkan aliran darah ke kulit dan meningkatkan sejumlah panas yang hilang dari permukaan tubuh. Vasodilatasi kapiler menurunkan resistensi atau hambatan aliran darah. Respons jantung meningkatkan output untuk mempertahankan tekanan darah. Peningkatan cardiac output membutuhkan tambahan oksigen sehingga kedalaman napas meningkat. Lingkungan yang dingin menyebabkan kapiler perifer kontriksi, sehingga meningkatkan tekanan darah yang menurunkan kerja jantung dan menurunkan kebutuhan oksigen.

3. Gaya Hidup dan Kebiasaan

a. Merokok

Perokok lebih banyak mengalami emfisema, bronkhitis kronis, Ca paru, Ca mulut, dan penyakit kardiovaskular daripada yang bukan perokok. Rokok dapat menghasilkan banyak mukus dan memperlambat gerakan mukosilia, yang akan menghambat gerakan mukus dan dapat menyebabkan sumbatan jalan napas, penumpukan bakteri dan infeksi, sehingga menyebabkan pernapasan lebih cepat.

b. Obat-obatan dan alkohol

Barbiturat, narkotik, beberapa sedative, dan alkohol dosis tinggi dapat menekan sistem syaraf pusat dan menyebabkan penurunan pernapasan. Alkohol menekan refleks yang melindungi jalan napas, sehingga orang yang teracuni alkohol dapat muntah, teraspirasi isi lambung ke paru dan menyebabkan pneumonia.

c. Nutrisi

Kalori dan protein diperlukan untuk kekuatan otot pernapasan dan memelihara sistem imun. Cairan diperlukan untuk mengencerkan dan mengeluarkan sekresi sehingga kepatenan jalan napas terjaga. Pada obesitas, gerakan paru terbatas khususnya pada posisi berbaring, menyebabkan pernapasan cepat dan dangkal, sehingga kebutuhan oksigen meningkat.

d. Aktivitas

Aktivitas meningkatkan pernafasan dan kebutuhan oksigen dalam tubuh. Mekanisme yang mendasarinya tidak banyak diketahui. Walaupun demikian hal ini menerangkan bahwa beberapa faktor yang terlibat di dalamnya antara lain kimiawi, neural dan perubahan suhu.

2. Emosi

Takut, cemas, dan marah menyebabkan impuls ke hipotalamus otak yang menstimulasi pusat kardiak untuk membawa impuls ke saraf simpatis dan parasimpatis kemudian mengirim ke jantung. Kerja jantung meningkat dengan jalan meningkatkan frekuensi nadi, sehingga pernapasan dan kebutuhan oksigen meningkat untuk membantu kerja jantung.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Apa yang dimaksud dengan bernapas?
- 2) Sebutkan organ saluran pernapasan!
- 3) Apakah yang mengangkut oksigen dalam darah?
- 4) *Apakah yang dimaksudkan dengan istilah:*
 - a. Pernapasan *Kussmaul*?
 - b. Pernafasan *Cheyene stokes*?

- 5) Apakah faktor yang memengaruhi pernafasan menjadi cepat yang disebabkan oleh penurunan PaO₂?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat memelajari kembali materi yang membahas tentang: Konsep Oksigenasi.

Ringkasan

Silakan Anda membaca rangkuman ini untuk meyakinkan bahwa Anda telah memahami materi Topik 1 tentang konsep oksigenasi/pernapasan.

Rangkuman 1

Organ saluran pernapasan atas, yaitu mulut, hidung, dan pharing, ketiganya dihubungkan dengan nasopharing, organ saluran pernapasan bawah, yaitu trakhea, lobus bronkhus, segmen bronkhus, dan paru.

Proses pernafasan mencakup ventilasi, difusi, transportasi dan perfusi. Pola pernapasan normal tergantung pada usia. Rata-rata pernapasan normal adalah 12 sampai 20 kali per menit pada anak yang lebih tua dan dewasa.

Jenis pernapasan diantaranya pernafasan *eupnoe*, yaitu pernafasan normal, tenang dan teratur, pernafasan *kussmaul*, yaitu pernafasan kadang cepat dan kadang lambat sehingga frekuensi tidak teratur. Pernafasan *cheyene stokes*, yaitu pernafasan kadang *apnoe*, frekuensi pernafasan di bawah 20x/menit, dan pernafasan *biot*, yaitu pernafasan tidak teratur iramanya dan kadang diikuti *apnoe*. Pernapasan dipengaruhi oleh, posisi tubuh, lingkungan, gaya hidup dan kebiasaan.

Tes 1

Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih satu jawaban paling benar!

- 1) Di manakah pertukaran gas terjadi?
 - A. Alveoli
 - B. Kapiler
 - C. Bronkhiolus
 - D. Parenkhim paru

- 2) Disebut apakah proses masuk dan ke luarnya udara di paru sehingga pertukaran gas terjadi?
 - A. Ventilasi

✂ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 2** ✂ ■

- B. Difusi
 - C. Transportasi
 - D. Perfusi
- 3) Disebut apakah pernafasan yang kadang-kadang cepat dan lambat sehingga frekuensi tidak teratur?
- A. Biot
 - B. Eupnoe
 - C. Kussmaul
 - D. Cheyene stokes
- 4) Apakah faktor yang memengaruhi jumlah respirasi karena adanya vasodilatasi pembuluh darah perifer?
- A. Emosi
 - B. Latihan
 - C. Suhu lingkungan
 - D. Ketinggian tempat
- 5) Berapakah rata-rata pernapasan normal pada anak yang lebih tua dan dewasa?
- A. 30 – 60 kali per menit
 - B. 20 – 30 kali per menit
 - C. 18 – 26 kali per menit
 - D. 12 – 20 kali per menit

Topik 2

Konsep Dasar Cairan Dan Konsep Dasar Nutrisi

Sekarang Anda memasuki Topik 2, pelajaryliah baik-baik bahasan tentang konsep dasar cairan dan konsep dasar nutrisi berikut ini!

A. KONSEP DASAR CAIRAN

1. Keseimbangan Cairan dan Elektrolit

a. *Distribusi cairan tubuh*

Cairan tubuh di distribusi dalam dua kompartemen, yaitu:

- 1) Cairan ekstra sel (CES)
 - (a) Cairan interstitial (CI): cairan diantara sel, sekitar 15% berat tubuh.
 - (b) Cairan intra vaskular (CIV): terdiri dari plasma (cairan limfe) dan darah, menyusun 5% berat tubuh.
- 2) Cairan intra sel (CIS): cairan dalam membran sel, membentuk 40% berat tubuh.

b. *Komposisi cairan tubuh*

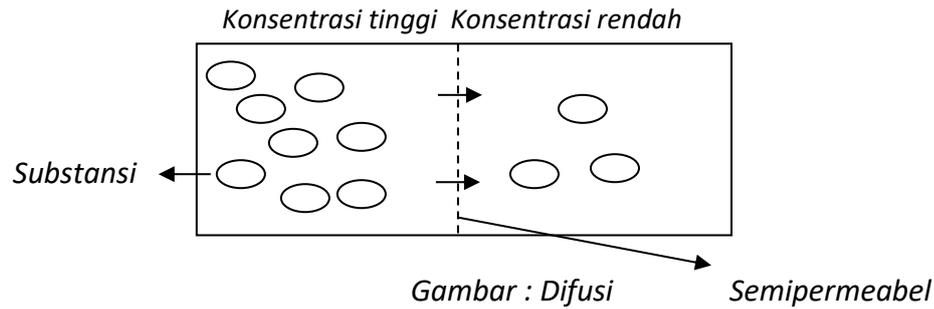
- 1) Elektrolit: senyawa yang jika larut dalam air akan pecah menjadi ion dan mampu membawa muatan listrik.
 - (a) Kation : elektrolit yang mempunyai muatan positif
 - (b) Anion: elektrolit yang mempunyai muatan negatifElektrolit penting untuk fungsi neuromuskular dan keseimbangan asam basa. Elektrolit diukur dalam mEq/L.
- 2) Mineral: senyawa jaringan dan cairan tubuh, berfungsi dalam:
 - (a) mempertahankan proses fisiologis;
 - (b) sebagai katalis dalam respons saraf, kontraksi otot, dan metabolisme zat gizi;
 - (c) mengatur keseimbangan elektrolit dan produksi hormon, menguatkan struktur tulang.
- 3) Sel: unit fungsional dasar dari jaringan tubuh, contohnya eritrosit dan leukosit.

c. *Pergerakan cairan tubuh*

1) Difusi

Yaitu proses dimana partikel berpindah dari daerah berkonsentrasi tinggi ke daerah berkonsentrasi rendah, sehingga distribusi partikel dalam cairan merata atau melewati membran sel yang permeabel. Contoh: gerakan oksigen dari alveoli paru ke darah kapiler pulmoner.

■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ■



2) Osmosis

Yaitu perpindahan pelarut melalui membran semipermeabel dari larutan dengan zat pelarut (solut) konsentrasi rendah ke larutan dengan solut konsentrasi tinggi. Kecepatan osmosis bergantung pada konsentrasi solut, suhu larutan, muatan listrik solut, dan perbedaan antara tekanan osmosis yang dikeluarkan larutan.

Tekanan osmotik merupakan tekanan dengan kekuatan untuk menarik air dan tekanan ini bergantung pada jumlah molekul di dalam larutan. Tekanan osmotik dipengaruhi oleh protein, khususnya albumin yang menghasilkan osmotik koloid atau tekanan onkotik.

Konsentrasi larutan (osmolalitas) diukur dalam osmol yang mencerminkan jumlah substansi dalam larutan yang berbentuk molekul, ion, atau keduanya.

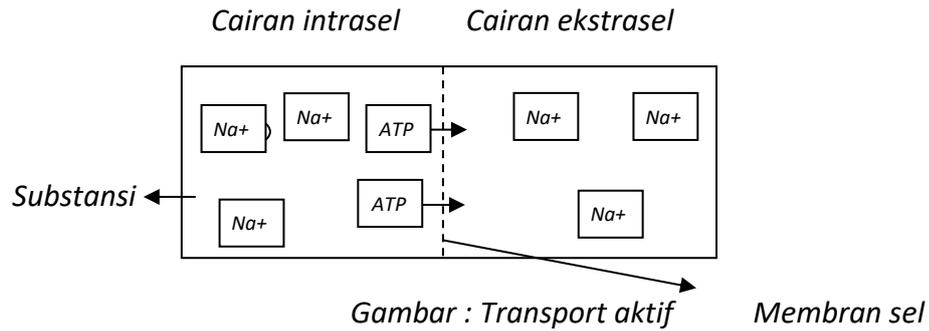
Larutan yang osmolalitasnya sama dengan plasma darah disebut isotonic, akan mencegah perpindahan cairan dan elektrolit dari kompartemen intrasel. Hipotonik adalah larutan yang memiliki konsentrasi solut lebih rendah dari plasma, akan membuat air berpindah ke dalam sel. Hipertonik adalah larutan yang memiliki konsentrasi solut lebih tinggi dari plasma, akan membuat air keluar dari sel.

3) Filtrasi

Yaitu proses gerakan air dan zat terlarut dari area dengan tekanan hidrostatis tinggi ke area dengan tekanan hidrostatis rendah. Tekanan hidrostatis adalah tekanan yang dibuat oleh berat cairan. Filtrasi penting dalam mengatur cairan keluar dari arteri ujung kapiler.

4) Transpor aktif

Transpor aktif memerlukan aktivitas metabolik dan pengeluaran energi untuk menggerakkan berbagai materi guna menembus membran sel dari daerah konsentrasi rendah atau sama ke daerah konsentrasi sama atau lebih besar. Contoh: pompa natrium kalium, natrium dipompa keluar dari sel dan kalium dipompa masuk ke dalam sel.



d. Pengaturan cairan tubuh

1) Asupan cairan

Asupan cairan diatur melalui mekanisme rasa haus, yang berpusat di hipotalamus. Air dapat diperoleh dari asupan makanan (buah, sayuran, dan daging, serta oksidasi bahan makanan selama proses pencernaan). Sekitar 220 ml air diproduksi setiap hari selama metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak berlangsung.

2) Haluaran cairan

Cairan terutama dikeluarkan melalui ginjal dan saluran gastrointestinal. Pada orang dewasa, ginjal setiap menit menerima sekitar 125 ml plasma untuk disaring dan memproduksi urine. Jumlah urine yang diproduksi ginjal dipengaruhi oleh hormon antideuretik (ADH) dan aldosteron. Kehilangan air melalui kulit diatur oleh saraf simpatis, yang mengaktifkan kelenjar keringat.

Tabel 2.1 Rata-rata haluaran cairan setiap hari pada orang dewasa dengan berat badan 70 kg

Organ/Sistem	Jumlah (ml)
Ginjal (urine)	40-80 ml/jam (960-1680 ml/24 jam)
Kulit: tidak kasat mata (<i>insensible water loss/IWL</i>)	6 ml/kg/24 jam (420 ml/24 jam)
Kasat mata: keringat (<i>sensible water loss/SWL</i>)	1000 ml/24 jam
Paru-paru (pernapasan)	400 ml/24 jam
Saluran pencernaan (feses)	100 ml/24 jam
Jumlah	2880-3600 ml/24 jam

3) Hormon

Hormon utama yang memengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit adalah ADH dan aldosteron. ADH menurunkan produksi urine dengan cara meningkatkan reabsorpsi air oleh tubulus ginjal dan air akan dikembalikan ke dalam volume darah sirkulasi. Aldosteron mengatur keseimbangan natrium dan

kalium, menyebabkan tubulus ginjal mengekskresi kalium dan mengabsorpsi natrium, akibatnya air akan direabsorpsi dan dikembalikan ke volume darah. Glukokortikoid memengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit.

e. *Pengaturan elektrolit*

1) Kation

Kation utama, yaitu natrium (Na^+), kalium (K^+), kalsium (Ca^{2+}), dan magnesium (Mg^{2+}), terdapat di dalam cairan ekstrasel dan intrasel. Kerja ion ini memengaruhi transmisi neurokimia dan neuromuskular, yang memengaruhi fungsi otot, irama dan kontraktilitas jantung, perasaan dan perilaku, fungsi saluran pencernaan, dan proses lain.

Natrium merupakan kation yang paling banyak jumlahnya dalam cairan ekstrasel. Nilai natrium serum 135-145 mEq/L. Natrium diatur oleh asupan garam, aldosteron, dan haluaran urine.

Kalium merupakan kation intrasel utama, nilai kalium serum 3,5-5,3 mEq/L. Kalium diatur oleh ginjal, dengan pertukaran ion kalium dengan ion natrium di tubulus ginjal.

Kalsium banyak terdapat di dalam tubuh. Nilai kalsium serum 4-5 mEq/L. Kalsium diatur melalui kerja kelenjar paratiroid dan tiroid.

Magnesium merupakan kation terpenting kedua di dalam cairan intrasel. Nilai magnesium serum 1,5-2,5 mEq/L. Magnesium terutama diekskresi melalui mekanisme ginjal.

2) Anion

Anion utama adalah klorida (Cl^-) bikarbonat (HCO_3^-) dalam cairan intrasel. Nilai magnesium serum 1,5-2,5 mEq/L. Magnesium terutama diekskresi melalui mekanisme ginjal, elektrolit, dan asam basa.

Klorida ditemukan di dalam cairan ekstrasel dan intrasel. Nilai klorida serum 100-106 mEq/L. Klorida diatur melalui ginjal.

Bikarbonat adalah bufer dasar kimia yang utama di dalam tubuh, ditemukan dalam cairan ekstrasel dan intrasel. Nilai bikarbonat arteri mEq/L, dan bikarbonat vena 24-30 mEq/L, bikarbonat diatur oleh ginjal

Fosfat merupakan anion bufer dalam cairan intrasel dan ekstrasel. Nilai fosfat serum 2,5-4,5 mg/100 ml. Konsentrasi fosfat serum diatur oleh ginjal, hormon paratiroid, dan vitamin D teraktivasi.

2. Keseimbangan Asam Basa

Keseimbangan asam basa tercapai jika kecepatan tubuh memproduksi asam/basa sama dengan kecepatan tubuh mengekskresikan asam/basa tersebut. Keseimbangan ini menghasilkan stabilnya konsentrasi hidrogen di dalam cairan tubuh, yang dinyatakan sebagai nilai pH. pH merupakan skala untuk mengukur keasaman atau alkali (basa) suatu cairan. Nilai pH arteri normal 7,35-7,45. Nilai pH 7 berarti netral, pH < 7 berarti asam dan pH > 7 berarti basa.

a. *Pengaturan kimiawi*

Ekskresi hidrogen dikendalikan oleh ginjal. Protein (albumin, fibrinogen, dan protrombin) dan gama globulin dapat melepaskan atau berikatan dengan hidrogen untuk memperbaiki asidosis atau alkalosis.

b. *Pengaturan biologis*

Hidrogen memiliki muatan positif dan harus ditukar dengan ion lain yang bermuatan positif, sering kali ion yang digunakan adalah kalium. Karbondioksida berdifusi ke dalam eritrosit dan membentuk asam karbonat, asam karbonat membelah menjadi hidrogen dan bikarbonat, hidrogen terikat pada hemoglobin.

c. *Pengaturan fisiologis*

1) Paru-paru

Apabila konsentrasi hidrogen berubah, paru-paru bereaksi untuk memperbaiki ketidakseimbangan dengan mengubah frekuensi dan kedalaman pernapasan

2) Ginjal

Ginjal mengabsorpsi bikarbonat jika terjadi kelebihan asam dan mengekskresikannya jika terjadi kekurangan asam. Ginjal menggunakan fosfat untuk membawa hidrogen dengan mengekskresikan asam fosfat dan membentuk asam basa. Ginjal mengubah amonia (NH₃) menjadi ammonium (NH₄⁺) dengan mengikatnya pada hidrogen.

3. Gangguan Keseimbangan Cairan, Elektrolit, dan Asam Basa

a. *Ketidakeimbangan cairan*

1) Ketidakeimbangan isotonik

(a) Kekurangan volume cairan

Kekurangan cairan, tetapi kadar elektrolit serum tidak berubah, terjadi melalui gastrointestinal (muntah, diare), perdarahan, pemberian obat diuretik, banyak keringat, demam, dan penurunan asupan per oral.

(b) Kelebihan volume cairan

Kelebihan cairan tanpa disertai perubahan elektrolit serum, terjadi pada gagal jantung kongestif, gagal ginjal, dan sirosis.

(c) Sindrome ruang ketiga

Sindrome terjadi ketika cairan ekstrasel berpindah ke dalam suatu ruangan tubuh sehingga cairan tersebut terperangkap di dalamnya. Obstruksi usus, luka bakar dapat menyebabkan perpindahan cairan sebanyak 5-10 liter, keluar dari ruang ekstrasel.

- 2) Ketidakseimbangan osmolar
 - (a) Hiperosmolar (dehidrasi)

Kehilangan cairan tanpa disertai kehilangan elektrolit yang proporsional, terutama natrium. Misalnya, asupan oral tidak cukup, lansia (penurunan cairan intrasel, penurunan respons terhadap rasa haus, peningkatan proporsi lemak tubuh), penurunan sekresi ADH (diabetes insipidus), deuresis osmotik, pemberian formula/larutan hipertonik, yang meningkatkan jumlah solut dan konsentrasi darah.
 - (b) Hipoosmolar (kelebihan cairan)

Kelebihan cairan terjadi ketika asupan cairan berlebihan, sekresi ADH berlebihan, sehingga terjadi pengenceran cairan ekstrasel disertai osmosis cairan ke sel dan menyebabkan edema.

b. Ketidakseimbangan elektrolit

- 1) Ketidakseimbangan natrium

Hiponatremia adalah konsentrasi natrium dalam darah lebih rendah, terjadi saat kehilangan natrium atau kelebihan air. Hiponatremia menyebabkan kolaps pembuluh darah dan syok. Hipernatremia adalah konsentrasi natrium dalam darah lebih tinggi, dapat disebabkan oleh kehilangan air yang ekstrim atau kelebihan natrium.
- 2) Ketidakseimbangan kalium

Hipokalemia adalah kalium yang bersirkulasi tidak adekuat, dapat disebabkan oleh penggunaan diuretik. Hipokalemia dapat menyebabkan aritmia jantung. Hiperkalemia adalah jumlah kalium dalam darah lebih besar, disebabkan oleh gagal ginjal.
- 3) Ketidakseimbangan kalsium

Hipokalsemia mencerminkan penurunan kadar kalsium serum. Hiperkalsemia adalah peningkatan konsentrasi kalsium serum.
- 4) Ketidakseimbangan magnesium

Hipomagnesemia terjadi ketika kadar konsentrasi serum turun sampai di bawah 1,5 mEq/L, menyebabkan peningkatan iritabilitas neuromuskular. Hipermagnesemia terjadi ketika konsentrasi magnesium serum meningkat sampai di atas 2,5 mEq/L, menyebabkan penurunan eksitabilitas sel-sel otot.
- 5) Ketidakseimbangan klorida

Hipokloremia terjadi jika kadar klorida serum turun sampai di bawah 100 mEq/L, disebabkan oleh muntah atau drainage nasogastrik/fistula, diuretik. Hiperkloremia terjadi jika kadar serum meningkat sampai di atas 106 mEq/L.

c. Ketidakseimbangan asam basa

- 1) Asidosis respiratorik

Asidosis respiratorik ditandai dengan peningkatan konsentrasi karbon dioksida (PaCO_2), kelebihan asam karbonat, dan peningkatan hidrogen (penurunan pH).

Hal ini disebabkan oleh hipoventilasi akibat gagal napas atau overdosis obat, sehingga cairan serebrospinalis dan sel otak menjadi asam, menyebabkan perubahan neurologis.

2) Alkalosis respiratorik

Alkalosis respiratorik ditandai dengan penurunan PaCO₂ dan penurunan konsentrasi hidrogen (peningkatan pH). Hal ini disebabkan oleh penghambatan karbon dioksida berlebihan pada waktu mengeluarkan napas atau oleh hiperventilasi, akibat ansietas atau asma.

3) Asidosis metabolik

Asidosis metabolik diakibatkan oleh peningkatan konsentrasi hidrogen dalam cairan ekstrasel, disebabkan oleh peningkatan kadar hidrogen atau penurunan kadar bikarbonat.

4) Alkalosis metabolik

Alkalosis metabolik ditandai dengan kehilangan asam dari tubuh atau meningkatnya kadar bikarbonat, disebabkan oleh muntah, gangguan asam lambung, menelan natrium bikarbonat.

4. Faktor yang Memengaruhi Keseimbangan Cairan, Elektrolit, dan Asam Basa

a. *Usia*

1) Bayi

Proporsi air dalam tubuh bayi lebih besar daripada proporsi air dalam tubuh anak usia sekolah, remaja, atau dewasa. Namun, bayi memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kekurangan cairan atau hiperosmolar karena per kilogram berat tubuhnya akan kehilangan air yang lebih besar secara proporsional.

2) Anak-anak

Respons anak terhadap penyakit adalah demam yang dapat meningkatkan kecepatan kehilangan air.

3) Remaja

Perubahan keseimbangan cairan remaja perempuan lebih besar karena adanya perubahan hormonal yang berhubungan dengan siklus menstruasi.

4) Lansia

Risiko lansia untuk mengalami ketidakseimbangan cairan dan elektrolit mungkin berhubungan dengan penurunan fungsi ginjal dan ketidakmampuan untuk mengkonsentrasi urine. Selain itu jumlah total air tubuh menurun seiring dengan peningkatan usia, penggunaan diuretik atau laksatif.

b. *Ukuran Tubuh*

Lemak tidak mengandung air, karena itu orang gemuk memiliki proporsi air tubuh lebih sedikit. Wanita memiliki lebih banyak cadangan lemak di dalam payudara dan paha, sehingga jumlah total air tubuh wanita lebih kecil.

c. *Temperatur Lingkungan*

Lingkungan yang panas menyebabkan berkeringat, akibatnya tubuh kehilangan cairan, sehingga kehilangan natrium dan klorida.

d. *Gaya Hidup*

1) Diit

Diit cairan, garam, kalium, kalsium, magnesium, karbohidrat, lemak, dan protein, membantu tubuh mempertahankan status cairan, elektrolit, dan asam basa. Intake nutrisi tidak adekuat menyebabkan serum albumin menurun sehingga cairan interstitiil tidak ke pembuluh darah, yang disebut udem.

2) Stres

Stres meningkatkan kadar aldosteron dan glukokortikoid, sehingga menyebabkan retensi natrium dan garam. Selain itu, peningkatan sekresi ADH akan menurunkan haluaran urine, sehingga meningkatkan volume cairan.

3) Olah raga

Olah raga menyebabkan peningkatan kehilangan air melalui keringat, dan mekanisme rasa haus membantu mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dengan meningkatkan asupan cairan.

B. KONSEP DASAR NUTRISI

Nutrisi berasal dari kata nutrients artinya bahan gizi. Nutrisi adalah proses tersedianya energi dan bahan kimia dari makanan yang penting untuk pembentukan, pemeliharaan dan penggantian sel tubuh.

Nutrient adalah zat organik dan anorganik dalam makanan yang diperlukan tubuh agar dapat berfungsi untuk pertumbuhan dan perkembangan, aktivitas, mencegah defisiensi, memelihara kesehatan dan mencegah penyakit, memelihara fungsi tubuh, kesehatan jaringan, dan suhu tubuh, meningkatkan kesembuhan, dan membentuk kekebalan.

Energi yang didapat dari makanan diukur dalam bentuk kalori (cal) atau kilokalori (kcal). Kalori adalah jumlah panas yang diperlukan untuk meningkatkan suhu 1 C dari 1 gr air. Kilokalori adalah jumlah panas yang diperlukan untuk meningkatkan suhu 1 C dari 1 kg air.

1. Struktur dan Fungsi Nutrient

Nutrient digolongkan ke dalam 6 kategori, yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan air.

a. *Karbohidrat*

Karbohidrat adalah gula sederhana (monosakarida dan disakarida) dan gula kompleks (polisakarida). Karbohidrat terdiri dari karbon, hidrogen, dan oksigen. Gula, sirup, madu, buah, dan susu adalah sumber karbohidrat sederhana. Roti, sereal, kentang, beras, pasta, dan gandum berisi karbohidrat kompleks.

Fungsi karbohidrat adalah memberikan energi. Setiap gram karbohidrat mengandung 4 kkal. Karbohidrat juga penting dalam oksidasi lemak, meningkatkan pertumbuhan bakteri dalam saluran pencernaan, yang membantu sintesis vitamin K dan B12, memproduksi komponen karbon dalam sintesis asam amino esensial.

Sirkulasi darah membawa glukosa ke sel sebagai sumber energi dan untuk produksi substansi penting. Kadar glukosa darah normal 80-110 mg/dL, pada kondisi puasa kadar glukosa darah 60-80 mg/dL, dan pada 2 jam setelah puasa meningkat menjadi 140-180 mg/dL, tergantung usia. Hiperglikemia dimana kadar glukosa darah lebih tinggi dari normal akibat produksi atau penggunaan insulin tidak adekuat, terjadi pada diabetes militus. Hipoglikemia dimana kadar glukosa darah lebih rendah dari normal, dapat sebagai tanda dari abnormalitas liver dan pankreas.

b. Protein

Protein adalah zat kimia organik yang berisi asam amino, yang dihubungkan dengan rantai peptida. Protein terdiri dari karbon, hidrogen, oksigen, dan nitrogen. Tubuh mensintesis protein antara lain membentuk hemoglobin untuk membawa oksigen ke jaringan, insulin untuk regulasi glukosa darah, dan albumin untuk regulasi tekanan osmotik darah.

Fungsi protein untuk pertumbuhan, regulasi fungsi dan proses tubuh, pembentukan kembali protein sel, dan energi, memelihara sistem imunitas tubuh, sel, cairan tubuh, tulang, kulit, gigi, otot, rambut, darah, dan serum. Katabolisme protein memberi 4 kkal/g. Katalis enzim dibentuk dari protein pada regulasi pencernaan, absorpsi, metabolisme, dan katabolisme.

Diit protein diklasifikasikan menjadi :

- 1) Protein lengkap, berisi asam amino esensial untuk memelihara jaringan tubuh dan meningkatkan pertumbuhan. Tubuh tidak dapat mensintesis asam amino esensial. Tubuh dapat mensintesis asam amino nonesensial dari sumber lain. Sumber protein lengkap antara lain daging, ikan, susu, keju, dan telur.
- 2) Protein lengkap sebagian, berisi asam amino untuk memelihara kehidupan, tetapi tidak meningkatkan pertumbuhan.
- 3) Protein tidak lengkap, tidak berisi asam amino esensial untuk memelihara kehidupan, membentuk jaringan, dan meningkatkan pertumbuhan. Sumber protein tidak lengkap antara lain buah dan sayuran, buncis, roti, sereal, beras, pasta, kacang-kacangan.

Status protein diukur dalam keseimbangan nitrogen. Keseimbangan nitrogen adalah jumlah nitrogen yang digunakan sama dengan jumlah nitrogen yang dikeluarkan. Keseimbangan nitrogen positif jika intake nitrogen lebih besar dari nitrogen yang dikeluarkan. Keadaan ini terjadi jika jaringan baru disintesis, misalnya sembuh dari sakit, latihan, hamil, dan pertumbuhan masa anak. Keseimbangan nitrogen negatif jika pengeluaran nitrogen lebih besar dari intake nitrogen. Keadaan ini terjadi pada penyakit yang disebabkan kerusakan jaringan, atau diet protein dan/atau kalori tidak adekuat.

c. *Lemak*

Lemak atau lipid, termasuk lemak netral, minyak, asam lemak, kolesterol, dan fosfolipid. Lemak adalah zat organik yang terdiri dari karbon, hidrogen, dan oksigen.

Lemak secara ideal membentuk sekitar 20% berat badan pada orang yang tidak gemuk. Lemak berfungsi sebagai transport sel, proteksi organ vital, energi, simpanan energi pada jaringan adiposa, absorpsi vitamin, dan transport vitamin larut lemak.

Lemak yang dioksidasi menghasilkan energi 9 kcal/g. Lemak memberikan rasa kenyang karena menetap di lambung lebih lama daripada karbohidrat atau protein.

Lemak diklasifikasikan sebagai lemak jenuh dan lemak tidak jenuh. Daging sapi, daging domba, minyak kelapa, minyak kelapa sawit, dan minyak biji kelapa sawit mengandung asam lemak jenuh lebih tinggi dan lebih keras. Daging ayam, ikan dan sayuran berisi asam lemak tidak jenuh lebih tinggi dan lebih lunak.

d. *Vitamin*

Vitamin adalah zat organik yang penting bagi tubuh untuk pertumbuhan, perkembangan, pemeliharaan, dan reproduksi, serta membantu dalam penggunaan energi nutrient. Vitamin diklasifikasikan sebagai vitamin larut lemak dan vitamin larut air.

1) Vitamin larut lemak

Vitamin larut lemak disimpan di hati atau jaringan adiposa, sehingga intake vitamin berlebihan dapat menyebabkan keracunan.

(a) Vitamin A

Vitamin A berfungsi untuk memelihara penglihatan, memelihara jaringan epitel, meningkatkan perkembangan tulang dan gigi, meningkatkan proliferasi sel.

Kekurangan vitamin A ditandai dengan buta senja atau buta total, degenerasi sel keratin yang menyebabkan infeksi mata, telinga, dan rongga hidung. Kulit menjadi kasar, kering, dan bersisik, mata kering, perkembangan gigi dan tulang tidak adekuat. Vitamin A disimpan di hati dan intake berlebihan menyebabkan keracunan.

(b) Vitamin D

Vitamin D berfungsi untuk mineralisasi tulang, kartilago, dan gigi, memelihara calcium cairan ekstra selular, dan untuk kontraksi otot.

Kekurangan vitamin D menyebabkan riketsia, kesehatan gigi kurang, otot kaku dan kejang, osteomalasia (tulang lunak dan mudah fraktur spontan).

(c) Vitamin E

Vitamin E berperan sebagai antioksidan yang membantu memelihara integritas membran sel dan melindungi vitamin A dan C dari oksidasi. Kekurangan vitamin E ditandai dengan meningkatnya hemolisis eritrosit, refleks kurang, kerusakan fungsi neuromuskular, dan anemia.

(d) Vitamin K

Vitamin K berfungsi untuk pembentukan protrombin dan faktor pembekuan lain untuk pembekuan darah. Kekurangan vitamin K dimanifestasikan dengan perdarahan, dan penyakit perdarahan pada bayi baru lahir.

2) Vitamin larut air

Vitamin larut air disimpan dalam tubuh. Intake berlebihan diabsorpsi oleh jaringan, dan diekskresikan dalam urine.

(a) Vitamin B kompleks

Vitamin B1 (thiamine) berfungsi dalam metabolisme karbohidrat, memelihara fungsi syaraf, nafsu makan dan pencernaan. Gejala kekurangan vitamin B1 adalah nafsu makan menurun, apatis, depresi mental, fatigue, konstipasi, edema, gagal jantung, dan neuritis.

Vitamin B2 (riboflavin) berfungsi dalam metabolisme protein dan karbohidrat, memelihara kulit dan penglihatan. Gejala kekurangan vitamin B2 adalah sudut mulut pecah-pecah, dermatitis, dan peningkatan vaskularisasi kornea dan penglihatan tidak teratur.

Vitamin B3 (niacin) berfungsi dalam metabolisme glikogen, regenerasi jaringan, dan sintesis lemak. Kekurangan vitamin B3 menyebabkan pellagra, ditandai dengan fatigue, sakit kepala, anoreksi, penurunan berat badan, nyeri abdomen, diare, dermatitis, gangguan syaraf.

Vitamin B12 (cyanocobalamin) berfungsi dalam membentuk eritrosit matang, dan sintesis DNA dan RNA, absorpsi vitamin A. Kekurangan vitamin B12 menyebabkan anemi pernisiiosa, dan kerusakan syaraf.

Asam folat berfungsi sebagai ko enzim metabolisme protein dan pertumbuhan sel, membentuk eritrosit, perkembangan tulang dan sumsum tulang belakang janin. Tanda kekurangan asam folat adalah glositis, diare, anemi makrositik, defek kelahiran (spina bifida)

(b) Vitamin C

Vitamin C penting untuk absorpsi Fe, melawan infeksi, penyembuhan luka, pembentukan kolagen, metabolisme beberapa asam amino. Vitamin C adalah antioksidan, dan melindungi vitamin A dan E dari oksidasi berlebihan.

Kekurangan vitamin C ditandai dengan penyembuhan luka kurang, rentan infeksi, retardasi pertumbuhan dan perkembangan, nyeri sendi, anemi, gusi berdarah.

d. *Mineral*

Mineral membantu membentuk jaringan tubuh dan regulasi metabolisme

1) Calcium

Calcium berfungsi untuk membentuk dan memelihara tulang dan gigi, pembekuan darah, transmisi syaraf, kontraksi dan relaksasi otot, permeabilitas membran sel. Tanda dan gejala kekurangan calcium adalah pertumbuhan pendek, ricketsia, osteoporosis, tetani.

2) Magnesium

Magnesium berfungsi untuk pembentukan tulang, relaksasi otot, sintesis protein. Tanda dan gejala kekurangan magnesium adalah penyakit ginjal, tremor mengakibatkan kejang

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- 3) **Sodium**
Sodium berfungsi untuk membantu memelihara keseimbangan cairan tubuh dan asam basa. Makanan rendah sodium penting bagi orang dengan penyakit jantung, hipertensi, edema, gangguan ginjal, penyakit liver.
- 4) **Potasium/kalium**
Fungsi potasium untuk sintesis protein, keseimbangan cairan, dan regulasi kontraksi otot. Pembatasan potasium dilakukan pada klien dengan kerusakan/gagal ginjal
- 5) **Fosfor**
Fosfor berfungsi untuk pembentukan dan pemeliharaan tulang dan gigi, keseimbangan asam basa, metabolisme energi, struktur membran sel, regulasi hormon dan ko enzim. Tanda dan gejala kekurangan fosfor adalah pertumbuhan pendek, riketsia.
- 6) **Besi (Fe)**
Besi berfungsi untuk membawa oksigen melalui hemoglobin dan myoglobin, unsur pokok sistem enzim. Kekurangan besi ditandai dengan deplesi simpanan besi, anemi, pucat.
- 7) **Iodine**
Fungsi iodine adalah unsur pokok hormon tiroid yang meregulasi basal metabolisme rate. Kekurangan iodine menyebabkan goiter.
- 8) **Zinc**
Fungsi zinc untuk pertumbuhan jaringan, perkembangan dan penyembuhan, kematangan seksual dan reproduksi, unsur utama beberapa enzim dalam energi dan metabolisme asam nukleat. Kekurangan zinc menyebabkan kerusakan pertumbuhan, kematangan seksual, dan fungsi sistem imun, lesi kulit, akrodermatitis, penurunan sensasi rasa dan penghidu
- 9) **Air**
Air diperlukan untuk memelihara fungsi sel. Air diperoleh dari minum cairan dan makan makanan tinggi air, dan dengan oksidasi makanan. Haus menandakan butuh air dan mendorong seseorang untuk minum.



Gambar 2.1. Gizi seimbang

2. Anatomi Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan terdiri dari mulut, faring, esofagus, lambung, usus halus, kolon/usus besar, dimana makanan masuk, berjalan, dan keluar tubuh, dan organ asesoris yang berperan dalam proses pencernaan (lidah, kelenjar saliva/ludah, gigi, hepar, pankreas, dan kandung empedu).

Mulut dilapisi membran mukosa. Lidah terdiri dari otot bertulang dan dilapisi membran mukosa. Papila merupakan permukaan lidah yang mengandung ujung perasa. Kelenjar saliva berada di sublingual, sub mandibula, dan parotis. Kelenjar saliva mengeluarkan saliva yang mengandung cairan dan enzim. Mengunyah mengurangi ukuran makanan, dan mencampur makanan dengan saliva.

Faring terdiri dari otot yang dilapisi membrane mukosa, makanan dan udara berjalan melewati struktur ini sebelum mencapai saluran keluar yang tepat (epiglotis untuk makanan dan trakhea untuk udara). Epiglotis menutup jalan napas selama menelan. Esofagus terdiri dari dinding otot yang dilapisi membran mukosa, dan mendorong makanan dari mulut ke lambung. Lambung dilapisi membrane mukosa dan mempunyai lapisan otot dan lapisan luar fibroserous.

Usus halus mempunyai lapisan mukosa, 2 lapisan otot, dan lapisan luar peritoneal viseral. Usus halus terdiri dari duodenum, yeyenum, dan ileum. Kolon mempunyai lapisan mukosa, 2 lapisan otot, dan lebih dari beberapa bagian, lapisan luar peritoneal viseral. Kolon terdiri dari cecum, kolon (asenden, transversum, desenden, dan sigmoid), dan rektum.

Organ asesoris berada di luar saluran gastrointestinal, tetapi skresinya dibawa melalui duktus. Empedu yang dihasilkan hepar dibawa melalui duktus hepatic dan duktus kistik ke kandung empedu. Duktus empedu membawa empedu ke duodenum. Enzim pakreas dibawa ke duodenum melalui duktus pankreatik.

3. Fungsi Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan membentuk makanan yang diubah ke zat dimana sel tubuh dapat mengabsorpsi dan menggunakannya.

a. *Mencerna*

Proses memecah makanan oleh tubuh untuk pertumbuhan, perkembangan, penyembuhan, dan pencegahan penyakit. Mencerna meliputi proses mekanik dan kimia untuk mengubah makanan dalam bentuk yang bisa dicerna.

Proses mekanik meliputi mengunyah, menelan, mencampur dan menggerakkan makanan ke lambung dan duodenum. Dalam usus, makanan diaduk dan dicampur dengan enzim pencernaan, dan diabsorpsi mukosa usus halus. Peristaltik membawa makanan ke dalam kolon untuk disimpan sampai dikeluarkan dari tubuh.

Proses kimia mengubah komposisi makanan yang masuk. Karbohidrat, lemak, dan protein harus dipecah secara kimia untuk diabsorpsi. Pencernaan karbohidrat meliputi hidrolisis polisakarida (kecuali selulosa dan fiber) menjadi disakarida oleh enzim amilase. Disakarida dihidrolisis menjadi monosakarida oleh enzim sukrase, maltase, dan laktase yang disekresi oleh usus halus.

Pencernaan lemak dilakukan oleh emulsi lemak yang difasilitasi oleh empedu. Emulsi memecah lemak menjadi lemak yang lebih kecil dan diurai menjadi solution. Enzim lipase pankreas menghidrolisis lemak kecil menjadi asam lemak dan gliserol.

Pencernaan protein meliputi hidrolisis protein menjadi asam amino oleh enzim protease (pepsin dari cairan gaster, tripsin, dan protease lain dari cairan pankreas, dan peptidase dari cairan usus halus).

b. *Absorpsi*

Absorpsi adalah proses mencerna protein, lemak, karbohidrat, vitamin, mineral, dan air yang secara aktif dan pasif dibawa melalui mukosa usus halus ke darah atau sirkulasi limfatik. Asam amino, monosakarida diabsorpsi ke aliran darah melalui kapiler usus halus. Gliserol dan asam lemak diabsorpsi ke sistem limfatik melalui kapiler limfatik di vili usus halus. Beberapa lemak netral yang diemulsi diabsorpsi tanpa dicerna ke kapiler.

c. *Metabolisme*

Metabolisme adalah proses kimia kompleks yang terjadi di sel yang digunakan untuk energi, untuk pertumbuhan dan perbaikan sel. Katabolisme adalah proses memecah zat kompleks menjadi zat simpel (misalnya, memecah jaringan), dan anabolisme adalah proses mengubah zat sederhana menjadi sesuatu yang lebih kompleks (misalnya, perbaikan jaringan).

Sel hepar merubah glukosa menjadi glikogen oleh insulin. Proses anabolisme ini disebut glikogenesis. Glikogen disimpan di hepar dan jaringan otot, kemudian diubah kembali menjadi glukose oleh proses katabolisme yang disebut glikogenolisis. Simpanan glukose oleh insulin dalam bentuk deposit lemak (jaringan adiposa). Jika glukosa yang masuk

sel tidak cukup untuk kebutuhan sel, glukoneogenesis (bentuk glukosa dari protein dan lemak di hepar) terjadi. Proses katabolisme menghasilkan energi 4 kcal/g.

Lemak diubah menjadi jaringan adiposa dan disimpan di deposit lemak tubuh. Simpanan deposit lemak membuat sumber energi paling besar. Katabolisme lemak menghidrolisis lemak menjadi gliserol dan asam lemak. Asam lemak diubah oleh reaksi kimia yang disebut ketogenesis menjadi keton. Dalam jaringan sel, keton diubah oleh siklus asam sitras menjadi energi, karbon dioksida, dan air. Gliserol diubah oleh glukoneogenesis menjadi glukosa. Lemak menghasilkan energi 9 kcal/g.

Anabolisme protein membangun jaringan, menghasilkan antibodi, membentuk sel darah, dan memperbaiki jaringan. Protein disimpan di hepar dan jaringan otot atau diubah menjadi lemak. Katabolisme protein menghidrolisis protein sel menjadi asam amino di jaringan sel. Asam amino dipecah menjadi amoniak dan ketoacid. Proses ini terjadi di sel hepar untuk membentuk glukosa dan urea.

d. Ekskresi

Organ ekskretori (ginjal, kelenjar keringat, kulit, paru, dan usus) mengeluarkan produk pembuangan dari tubuh. Air, toksin, garam, dan nitrogen diekskresikan melalui ginjal, kulit, dan kelenjar keringat. Karbon dioksida dan air diekskresikan melalui paru. Pembuangan pencernaan diekskresikan melalui usus dan rektum.

4. Keseimbangan Energi

Pola diet untuk memelihara keseimbangan antara intake kalori dan energi. Basal metabolisme adalah sejumlah energi yang dibutuhkan untuk aktivitas saat istirahat (bernapas, sirkulasi darah, memelihara suhu tubuh). Laki-laki mempunyai basal metabolisme rate (BMR) lebih tinggi daripada wanita. Pertumbuhan, infeksi, demam, stres dan suhu lingkungan ekstrim dapat meningkatkan BMR. Penurunan BMR dapat disebabkan oleh usia, puasa lama, dan tidur.

Jika intake kalori lebih besar daripada energi, terjadi peningkatan berat badan, karena energi disimpan menjadi lemak, jika intake kalori kurang dari pengeluaran energi, terjadi kehilangan berat badan, karena simpanan energi tubuh sedikit.

5. Kebutuhan Nutrisi Sesuai Tingkat Perkembangan Usia

a. Bayi (Umur 0 – 12 bulan)

Bayi sebelum usia 6 bulan, nutrisi yang pokok adalah air susu ibu (ASI eksklusif). Kalori yang dibutuhkan sekitar 110-120 kalori/kg/hari. Kebutuhan cairan sekitar 140-160 ml/kg/hari.

Keuntungan pemberian ASI adalah:

- 1) ASI merupakan nutrisi yang komplet.
- 2) ASI mengandung *Lactobacillus bifidus*, berguna untuk menghambat pertumbuhan mikroorganisme berbahaya dalam intestinal.

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- 3) Protein (laktalbumin) lebih mudah dicerna bayi. Protein ASI tidak dapat menyebabkan alergi.
- 4) Laktose dalam ASI lebih banyak dan lebih dapat meningkatkan absorpsi kalsium dan mineral lain.
- 5) Mineral dalam ASI (kalsium: pospor = 2 : 1) baik untuk bayi. Zat besi ASI lebih mudah diabsorpsi.
- 6) Lipose ASI membantu bayi yang immatur dalam pencernaan lemak.

b. Masa Toddler (Umur 1–3 tahun) dan pra sekolah (Umur 3–5 tahun)

Masa untuk mendidik pola, cara dan jenis makan yang benar. Kebiasaan yang sebaiknya diajarkan pada usia ini antara lain:

- 1) penyediaan makanan dalam berbagai variasi;
- 2) membatasi makanan manis;
- 3) konsumsi diet yang seimbang;
- 4) penyajian waktu makan yang teratur.

Kebutuhan kalori pada masing-masing usia:

- 1) 1 tahun = 1000 kcal / hari
- 2) 3 tahun = 300 -500 kcal / hari.

c. Anak sekolah (Umur 6 – 12 tahun)

Tabel 2.2 Kebutuhan nutrisi anak umur 6 – 12 tahun

Usia (Th)	Kalori (Cal)	Protein (gr)	Cal (gr)	Fe (mg)	Vit A (u)	Vit B1 (mg)	Vit C (mg)
5 – 6	1400	40	0,50	6	2500	0,6	25
7 – 9	1600	50	0,75	7	2500	0,6	25
10 – 12	1900	60	0,75	8	2500	0,7	25

d. Masa adolescents atau remaja (Umur 13 – 21 tahun)

Lemak tubuh meningkat, mengakibatkan obesitas sehingga menimbulkan stres terhadap body image yang dapat mengakibatkan masalah kesehatan, seperti anoreksia nervosa, bulimia.

e. Masa dewasa muda (Umur 23 – 30 tahun)

Kebutuhan nutrisi pada dewasa muda digunakan untuk proses pemeliharaan dan perbaikan tubuh, dan untuk mempertahankan keadaan gizi lebih baik.

f. Masa dewasa (Umur 31 - 45 tahun)

Masa dewasa merupakan masa produktif khususnya terkait dengan aktivitas fisik. Kebutuhan nutrisi pada masa dewasa ini dibedakan antara tingkat pekerjaan ringan, sedang dan berat.

Tabel 2.3 Kebutuhan gizi orang dewasa berdasarkan tingkat pekerjaan

Unsur gizi	Keadaan pekerjaan					
	Ringan		Sedang		Berat	
	Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr
Kalori	2100	1750	2500	2100	3000	2500
Protein	60	55	65	65	70	70
Calcium	0,5	0,5	0,5	0,5	0,7	0,7
Ferum	8	10	8	8	10	8
Vit A	2500	2500	2500	2500	2500	2500
Vit B1	1	0,8	1,2	1	1,5	1,5

g. Dewasa tua (Usia 46 tahun keatas)

Pada usia lanjut BMR berkurang 10–30%. Umumnya aktivitas berkurang, maka akan banyak organ tubuh mengalami degeneratif, organ pencernaan sudah mengalami kemunduran.

h. Wanita masa kehamilan dan menyusui

Untuk menghasilkan 1 liter ASI, ibu harus menyediakan kalori sebanyak 350 kal, sedangkan ASI sendiri mengandung 750 kal, 12 gr protein, 45 gr lemak, laktosa, vitamin dan lainnya. Kebutuhan kalori bertambah kira-kira 40 kcal/kg BB (300 kcal/hari).

Kebutuhan nutrisi masa kehamilan mencakup protein, besi, calcium, zinc, vitamin A B C D. Pada masa menyusui kebutuhan nutrisi lebih banyak dari pada saat kehamilan (500-600 kcal/hari).

Tabel 2.4 Kebutuhan gizi untuk ibu hamil dan menyusui

Jenis kebutuhan	Ibu hamil	Ibu menyusui
Kalori	2500	3000
Protein	85 gr	100 gr
Calcium	1,5 gr	2 gr
Ferum	15 gr	15 gr
Vit A	8000 u.i	8000 U.I
Vit B	1,8 mg	2,3 mg
Vit C	100 mg	150 mg
Riboflavin	2,5 mg	3 mg
Vit D	400-800 U.I	400-800 U.I
Air	6-8 gelas	6-8 gelas

6. Faktor-faktor yang Memengaruhi Pola Diet

Faktor-faktor yang memengaruhi pola diet seseorang adalah:

- a. kebudayaan;
- b. agama;
- c. kesukaan seseorang terhadap makanan;

- d. sikap dan emosi;
- e. letak geografi;
- f. ekonomi.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Dimakanakah cairan tubuh didistribusikan?
- 2) Apa yang dimaksud dengan metabolisme, anabolisme dan katabolisme?
- 3) Berapakah kalori yang dikonsumsi oleh laki-laki dewasa dengan pekerjaan sedang?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat mempelajari kembali materi yang membahas tentang: Konsep Cairan Elektrolit dan Nutrisi.

Ringkasan

Bacalah rangkuman ini untuk meyakinkan bahwa Anda telah memahami materi Topik 2 tentang konsep dasar pemenuhan kebutuhan cairan dan kebutuhan nutrisi.

Rangkuman 2

Cairan tubuh di distribusi dalam dua kompartemen, (1) cairan ekstra sel (CES) yang terdiri dari cairan interstitial (CI) dan cairan intra vaskular (CIV), (2) cairan intra sel (CIS).

Elektrolit adalah senyawa yang jika larut dalam air akan pecah menjadi ion dan mampu membawa muatan listrik. Kation adalah elektrolit yang mempunyai muatan positif dan anion adalah elektrolit yang mempunyai muatan negatif. Pergerakan cairan tubuh terdiri dari difusi, osmosis, filtrasi, transpor aktif. Pengaturan cairan tubuh dilakukan melalui asupan cairan dan haluaran cairan.

Gangguan keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa terdiri dari kelebihan dan kekurangan.

Faktor yang memengaruhi keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa adalah usia, ukuran tubuh, temperatur lingkungan, dan gaya hidup.

Nutrisi adalah proses tersedianya energi dan bahan kimia dari makanan yang penting untuk pembentukan, pemeliharaan dan penggantian sel tubuh.

Nutrient adalah zat organik dan anorganik dalam makanan yang diperlukan tubuh. Nutrient digolongkan ke dalam 6 kategori, yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan air.

Sistem pencernaan membentuk makanan yang diubah ke zat dimana sel tubuh dapat mengabsorpsi dan menggunakannya. Proses pencernaan terdiri dari mencerna, absorpsi, metabolisme, dan ekskresi.

Metabolisme adalah proses kimia kompleks yang terjadi di sel yang digunakan untuk energi, pertumbuhan dan perbaikan sel. Katabolisme adalah proses memecah zat kompleks menjadi zat sederhana (misalnya, memecah jaringan), dan anabolisme adalah proses mengubah zat sederhana menjadi sesuatu yang lebih kompleks (misalnya, perbaikan jaringan).

Katabolisme karbohidrat menghasilkan energi 4 kcal/g, protein menghasilkan energi 4 kcal/g, dan lemak menghasilkan energi 9 kcal/g. Energi didapat dari makanan, diukur dalam bentuk kalori (cal) atau kilokalori (kcal).

Tes 2

Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih satu jawaban paling benar!

- 1) Disebut apakah cairan dalam membran sel yang membentuk 40% dari berat tubuh?
 - A. Cairan intra sel (CIS)
 - B. Cairan interstitial (CI)
 - C. Cairan ekstra sel (CES)
 - D. Cairan intra vaskular (CIV)

- 2) Berapakah pH normal plasma darah?
 - A. < 7.35
 - B. 7.35 – 7.45
 - C. 7.45 – 7.75
 - D. > 7.75

- 3) Apakah yang dimaksud dengan *insensibel water loss*?
 - A. Pengeluaran cairan melalui ginjal (urine)
 - B. Pengeluaran cairan melalui paru (pernapasan)
 - C. Pengeluaran cairan melalui kulit (tidak kasat mata)
 - D. Pengeluaran cairan melalui saluran pencernaan (feses)

- 4) Berapakah energi yang dihasilkan oleh lemak dalam proses katabolisme?
 - A. 4 kcal/g
 - B. 5 kcal/g
 - C. 7 kcal/g
 - D. 9 kcal/g

✂ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 2** ✂ ■

- 5) Disebut apakah sejumlah energi yang dibutuhkan untuk aktivitas saat istirahat?
- A. Metabolisme
 - B. Katabolisme
 - C. Anabolisme
 - D. Basal metabolisme

Topik 3

Konsep Integritas Kulit dan Luka

A. INTEGRITAS KULIT

Konsep integritas kulit akan menggambarkan pentingnya menjaga kulit dalam kondisi utuh dan sehat. Dengan memahami tentang struktur kulit, kita akan selalu mempertahankan kesehatan kulit dan mendukung penyembuhan luka. Kulit yang utuh dan sehat akan melindungi kita dari cedera kimiawi dan mekanik. Saat kulit cedera, epidermis berfungsi melindungi dari serangan mikroorganisme pathogen. Dermis berfungsi mengembalikan integritas struktural (kolagen) dan bagian fisik kulit.

Kulit merupakan organ tubuh yang memiliki fungsi sebagai pertahanan primer tubuh dalam mencegah invasi mikroorganisme pathogen. Apabila sampai terjadi kerusakan di kulit, maka mikroorganisme berpotensi masuk dan menyebabkan infeksi. Kulit terdiri dari dua lapisan, yaitu epidermis dan dermis dan dibatasi oleh membran. Lapisan paling atas disebut epidermis memiliki beberapa lapisan. Stratum korneum adalah lapisan terluar epidermis yang tipis. Stratum korneum ini terdiri atas sel datar, sel mati, dan sel yang mengandung keratin. Sel ini terbentuk dari lapisan epidermis yang paling dalam, yang biasanya disebut lapisan basal. Sel pada lapisan basal membagi, mengembangbiakkan, dan bermigrasi menuju permukaan epidermis. Setelah sel mencapai stratum korneum, sel menjadi datar dan mati. Gerakan konstan ini memastikan bahwa sel dipermukaan terkelupas melalui proses deskuamasi atau pengelupasan. Stratum korneum yang tipis ini melindungi sel dan jaringan yang berada di bawahnya dari dehidrasi dan mencegah masuknya agen kimia tertentu. Stratum korneum memungkinkan evaporasi air dari kulit dan absorpsi obat topikal tertentu.

Dermis, lapisan kulit yang paling dalam memiliki daya rentang, pendukung mekanik, dan memberikan perlindungan pada tulang, otot, dan organ yang berada di bawahnya. Dermis berbeda dari epidermis yang sebagian besar terdiri atas jaringan penghubung dan beberapa sel kulit. Kolagen (protein fibrosa yang keras), pembuluh darah, dan saraf yang berada di lapisan dermal. Fibroblas, yang bertanggungjawab untuk pembentukan kolagen, adalah jenis sel yang khusus diantara dermis. integritas kulit dan mendukung penyembuhan luka.

B. KONSEP LUKA

1. Pengertian luka

Luka adalah rusak atau terputusnya kontinuitas jaringan kulit atau jaringan di bawahnya.

2. Mekanisme Terjadinya Luka

- a. Luka insisi (*Incised wounds*)
Luka insisi terjadi karena teriris oleh instrumen yang tajam. Misal, yang terjadi akibat pembedahan. Luka bersih (aseptik) biasanya tertutup oleh sutura setelah seluruh pembuluh darah yang luka diikat (Ligasi).
- b. Luka memar (*Contusion Wound*)
Luka memar terjadi akibat benturan oleh suatu tekanan dan dikarakteristikan oleh cedera pada jaringan lunak, perdarahan dan bengkak.
- c. Luka lecet (*Abraded Wound*)
Luka lecet terjadi akibat kulit bergesekan dengan benda lain yang biasanya dengan benda yang tidak tajam.
- d. Luka tusuk (*Punctured Wound*)
Luka tusuk terjadi akibat adanya benda, seperti peluru atau pisau yang masuk ke dalam kulit dengan diameter yang kecil.
- e. Luka gores (*Lacerated Wound*)
Luka gores terjadi akibat benda yang tajam, seperti oleh kaca atau oleh kawat.
- f. Luka tembus (*Penetrating Wound*)
Luka tembus, yaitu luka yang menembus organ tubuh biasanya pada bagian awal luka masuk diameternya kecil, tetapi pada bagian ujung biasanya lukanya akan melebar.
- g. Luka Bakar (*Combustio*)
Luka bakar adalah kerusakan jaringan yang diakibatkan oleh karena bersentuhan atau terpapar suhu yang tinggi.

3. Klasifikasi Luka

Menurut Mansjoer (2007), klasifikasi luka adalah sebagai berikut:

- a. *Berdasarkan Sifatnya*
 - 1) Luka Akut
Luka akut adalah luka yang sembuh sesuai dengan periode waktu yang diharapkan. Luka akut dapat dikategorikan sebagai:
 - (a) Luka akut pembedahan, contoh: insisi, eksisi, dan skin graft.
 - (b) Luka akut bukan pembedahan, contoh: Luka bakar.
 - (c) Luka akut akibat faktor lain, contoh: abrasi, laserasi, atau injuri pada lapisan kulit superfisial.
 - 2) Luka Kronis
Luka kronis adalah luka yang proses penyembuhannya mengalami keterlambatan atau bahkan kegagalan. Contoh: Luka decubitus, luka diabetes, dan leg ulcer.
- b. *Berdasarkan Kehilangan Jaringan.*
 - 1) Superfisial; luka hanya terbatas pada lapisan epidermis.
 - 2) Parsial (partial-thickness); luka meliputi lapisan epidermis dan dermis.

- 3) Penuh (*full-thickness*); luka meliputi epidermis, dermis dan jaringan subcutan bahan dapat juga melibatkan otot, tendon, dan tulang.

c. *Berdasarkan Stadium*

- 1) Stadium I (Stage I)
Lapisan epidermis utuh, namun terdapat eritema atau perubahan warna.
- 2) Stadium II (Stage II).
Kehilangan kulit superfisial dengan kerusakan lapisan epidermis dan dermis. Eritema di jaringan sekitar yang nyeri, panasa, dan edema. Exudate sedikit sampai sedang.
- 3) Stadium III (Stage III)
Kehilangan jaringan sampai dengan jaringan sub cutan, dengan terbentuknya rongga (cavity), eksudasi sedang sampai banyak.
- 4) Stadium IV (Stage IV)
Hilangnya jaringan sub-cutan dengan terbentuknya rongga (cavity) yang melibatkan otot, tendon dan atau tulang. Exudat sedang sampai banyak.

d. *Berdasarkan mekanisme terjadinya*

- 1) Luka insisi (*Incised wounds*), terjadi karena teriris oleh instrumen yang tajam. Misal, yang terjadi akibat pembedahan. Luka bersih (aseptik) biasanya tertutup oleh sutura setelah seluruh pembuluh darah yang luka diikat (Ligasi)
- 2) Luka memar (*Contusion Wound*), terjadi akibat benturan oleh suatu tekanan dan dikarakteristikkan oleh cedera pada jaringan lunak, perdarahan dan bengkak.
- 3) Luka lecet (*Abraded Wound*), terjadi akibat kulit bergesekan dengan benda lain yang biasanya dengan benda yang tidak tajam.
- 4) Luka tusuk (*Punctured Wound*), terjadi akibat adanya benda, seperti peluru atau pisau yang masuk ke dalam kulit dengan diameter yang kecil.
- 5) Luka gores (*Lacerated Wound*), terjadi akibat benda yang tajam, seperti oleh kaca atau oleh kawat.
- 6) Luka tembus (*Penetrating Wound*), yaitu luka yang menembus organ tubuh biasanya pada bagian awal luka masuk diameternya kecil, tetapi pada bagian ujung biasanya lukanya akan melebar.
- 7) Luka Bakar (*Combustio*), adalah luka yang disebabkan oleh trauma panas, listrik, kimiawi, radiasi atau suhu dingin yang ekstrim.

e. *Berdasarkan Penampilan Klinis*

- 1) Nekrotik (hitam): Eschar yang mengeras dan nekrotik, mungkin kering atau lembab.
- 2) Sloughy (kuning): Jaringan mati yang fibrous.
- 3) Terinfeksi (kehijauan): Terdapat tanda-tanda klinis adanya infeksi, seperti nyeri, panas, bengkak, kemerahan dan peningkatan eksudat.

- 4) Granulasi (merah): Jaringan granulasi yang sehat.
- 5) Epitelisasi (pink): Terjadi epitelisasi.

4. Proses Penyembuhan Luka

Proses penyembuhan luka menurut Mansjoer (2007) adalah:

a. Fase Inflamasi

Berlangsung sampai hari ke-5. Akibat luka terjadi pendarahan, tubuh akan berusaha menghentikannya dengan vasokonstriksi, pengerutan ujung pembuluh yang terputus (retraksi) dan reaksi hemostasis. Hemostasis terjadi karena keluarnya trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboksan, bahan kimia tertentu dan asam amino tertentu yang mempengaruhi pembekuan darah, mengatur tonus dinding pembuluh darah dan kemotaksis terhadap leukosit. Sel radang keluar dari pembuluh darah secara diapedesis dan menuju daerah luka secara kemotaksis. Sel Mast mengeluarkan serotonin dan histamin yang meningkatkan permeabilitas kapiler, terjadi eksudasi cairan edema. Dengan demikian akan timbul tanda-tanda radang. Leukosit, limfosit dan monosit menghancurkan dan memakan kotoran dan kuman. Pertautan pada fase ini hanya oleh fibrin, belum ada kekuatan pertautan luka sehingga disebut fase tertinggal (lag phase). Berat-ringannya reaksi radang ini dipengaruhi juga oleh adanya benda-benda asing dari luar tubuh, misalnya: benang jahit, infeksi kuman dll. Tidak adanya serum maupun pus/nanah menunjukkan reaksi radang yang terjadi bukan karena infeksi kuman, tetapi karena proses penyembuhan luka.

b. Fase Proliferasi atau Fibroplasi

Berlangsung dari akhir masa inflamasi sampai kira-kira minggu ke-3. Pada fase ini terjadi proliferasi dari fibroblast yang menghasilkan mukopolisakarida, asamaminoglisin dan prolin yang akan mempertautkan tepi luka. Pada fase ini terbentuk jaringan granulasi. Pembentukan jaringan granulasi berhenti setelah seluruh permukaan luka tertutup epitel dan mulailah proses pendewasaan penyembuhan luka, pengaturan kembali dan penyerapan yang berlebih.

c. Fase Remodelling/Fase Resorpsi/Fase penyudahan

Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terdiri dari penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai dengan gaya gravitasi dan akhirnya perupaan kembali jaringan yang baru terbentuk. Fase ini berakhir bila tanda radang sudah hilang.

5. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Penyembuhan Luka

Menurut Mansjoer (2007), faktor-faktor yang memengaruhi penyembuhan luka adalah:

- a. Koagulasi: adanya kelainan pembekuan darah (koagulasi) akan menghambat penyembuhan luka sebab hemostasis merupakan tolak dan dasar fase inflamasi.
- b. Gangguan sistem Imun (infeksi, virus): gangguan sistem imun akan menghambat dan mengubah reaksi tubuh terhadap luka, kematian jaringan dan kontaminasi. Bila sistem

daya tahan tubuh, baik seluler maupun humoral terganggu, maka pembersihan kontaminasi dan jaringan mati serta penahanan infeksi tidak berjalan baik.

- c. Gizi (kelaparan, malabsorpsi), gizi kurang juga: memengaruhi sistem imun.
- d. Penyakit Kronis: penyakit kronis, seperti TBC, Diabetes, juga memengaruhi sistem imun.
- e. Keganasan: keganasan tahap lanjut dapat menyebabkan gangguan sistem imun yang akan mengganggu penyembuhan luka.
- f. Obat-obatan: pemberian sitostatika, obat penekan reaksi imun, kortikosteroid dan sitotoksik memengaruhi penyembuhan luka dengan menekan pembelahan fibroblast dan sintesis kolagen.
- g. Teknik Penjahitan: teknik penjahitan luka yang tidak dilakukan lapisan demi lapisan akan mengganggu penyembuhan luka.
- h. Kebersihan diri/Personal Hygiene: kebersihan diri seseorang akan memengaruhi proses penyembuhan luka, karena kuman setiap saat dapat masuk melalui luka bila kebersihan diri kurang.
- i. Vaskularisasi baik proses penyembuhan berlangsung: cepat, sementara daerah yang memiliki vaskularisasi kurang baik proses penyembuhan membutuhkan waktu lama.
- j. Pergerakan, daerah yang relatif sering bergerak: penyembuhan terjadi lebih lama.
- k. Ketegangan tepi luka, pada daerah yang tight (tegang) penyembuhan lebih lama dibandingkan dengan daerah yang loose.

6. Komplikasi Dari Luka

Walaupun luka dapat sembuh secara fisiologis, tetapi luka harus tetap dirawat dengan baik untuk mencegah komplikasi-komplikasi. Adapun komplikasi dari luka adalah:

a. Hematoma (Hemorrhage)

Perawat harus mengetahui lokasi insisi pada klien, sehingga balutan dapat diinspeksi terhadap perdarahan dalam interval 24 jam pertama setelah pembedahan.

b. Infeksi (Wounds Sepsis)

Merupakan infeksi luka yang sering timbul akibat infeksi nosokomial di rumah sakit. Proses peradangan biasanya muncul dalam 36 – 48 jam, denyut nadi dan temperatur tubuh klien biasanya meningkat, sel darah putih meningkat, luka biasanya menjadi bengkak, hangat dan nyeri. Jenis infeksi yang mungkin timbul antara lain :

- 1) Cellulitis merupakan infeksi bakteri pada jaringan
- 2) Abses, merupakan infeksi bakteri terlokalisasi yang ditandai oleh: terkumpulnya pus (bakteri, jaringan nekrotik, Sel Darah Putih).
- 3) Lymphangitis, yaitu infeksi lanjutan dari selulitis atau abses yang menuju ke sistem limfatik. Hal ini dapat diatasi dengan istirahat dan antibiotik.
- 4) Dehiscence dan Eviscerasi
Dehiscence adalah rusaknya luka bedah. Eviscerasi merupakan keluarnya isi dari dalam luka.

5) Keloid

Merupakan jaringan ikat yang tumbuh secara berlebihan. Keloid ini biasanya muncul tidak terduga dan tidak pada setiap orang.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan dan jelaskan arti dari integritas kulit!
- 2) Jelaskan proses penyembuhan luka!
- 3) Sebutkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap penyembuhan luka?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat mempelajari kembali materi yang membahas tentang: Konsep Integritas Kulit dan Luka.

Ringkasan

Kulit memiliki dua lapisan, yaitu epidermis dan dermis. Pemahaman tentang struktur kulit membantu Anda mempertahankan integritas kulit dan mendukung penyembuhan luka. Kulit yang utuh melindungi klien dari cedera kimiawi dan mekanik. Saat kulit cedera, epidermis berfungsi memberikan permukaan pada luka dan mengembalikan sawar untuk melawan organism, sementara dermis berfungsi mengembalikan integritas structural (kolagen) dan bagian fisik kulit. Usia membedakan karakteristik kulit dan membuat kulit lebih rentan menghadapi kerusakan. Luka sebagai hilang atau rusaknya sebagian jaringan tubuh. Proses penyembuhan luka terdiri dari inflamasi, Fase Proliferasi atau Fibroplasi dan Fase Remodelling/Fase Resorpsi/Fase penyudahan. Faktor-Faktor yang memengaruhi penyembuhan luka adalah koagulasi, gangguan sistem Imun (infeksi, virus), gizi (kelaparan, malabsorpsi), penyakit Kronis, keganasan, obat-obatan, teknik Penjahitan, kebersihan diri/ Personal Hygiene, vaskularisasi, pergerakan, ketegangan tepi luka. Komplikasi dari luka terdiri dari hematoma (Hemorrhage) dan infeksi.

Tes 3

- 1) Integritas jaringan kulit harus dijaga keutuhannya karena kulit memiliki peran sebagai bagian pertahanan
 - A. primer
 - B. skunder

- C. tersier
 - D. spesifik
- 2) Luka adalah kondisi terputusnya kontinuitas
- A. sel
 - B. jaringan
 - C. organ
 - D. sistem
- 3) Fase penyembuhan luka dimana terjadi proses pematangan yang terdiri dari penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai dengan gaya gravitasi dan akhirnya perupaan kembali jaringan yang baru terbentuk disebut fase
- A. inflamasi
 - B. proliferasi
 - C. remodeling
 - D. recovery
- 4) Yang termasuk luka akut adalah
- A. luka decubitus
 - B. luka diabetes
 - C. leg ulcer
 - D. insisi
- 5) Faktor-faktor yang tidak memengaruhi penyembuhan luka adalah
- A. umur
 - B. jenis kelamin
 - C. nutrisi
 - D. penggunaan obat

Topik 4

Konsep Dasar Psikososial: Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres dan Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka, dan Penyakit Terminal

Psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik. Kebutuhan psikososial terdiri dari beberapa komponen di antaranya konsep diri, seksualitas, kesehatan spiritual, stres dan koping, pengalaman kehilangan, kematian, berduka dan penyakit terminal. Marilah kita belajar satu persatu konsep kebutuhan psikososial tersebut:

A. KONSEP DIRI

1. Pengertian

Konsep diri adalah pengetahuan individu tentang diri (Wigfield & Karpathian, 2007). Konsep diri memberikan kita kerangka acuan yang memengaruhi manajemen kita terhadap situasi dan hubungan kita dengan orang lain (Sundeen, Stuart, & Laraia, 2007).

2. Pengembangan Konsep Diri

Konsep diri adalah kombinasi dinamis yang dibentuk selama bertahun-tahun dan didasarkan pada hal berikut:

- a. Reaksi orang lain terhadap tubuh seseorang.
- b. Persepsi berkelanjutan tentang reaksi orang lain terhadap diri.
- c. Hubungan dengan diri dan orang lain.
- d. Struktur kepribadian.
- e. Persepsi terhadap stimulus yang mempunyai dampak pada diri.
- f. Pengalaman baru atau sebelumnya.
- g. Perasaan saat ini tentang fisik, emosional, dan sosial diri.
- h. Harapan tentang diri.

3. Komponen

a. *Gambaran Diri (body image)*

Citra tubuh adalah bagian dari konsep diri yang mencakup sikap dan pengalaman yang berkaitan dengan tubuh, termasuk pandangan tentang maskulinitas dan femininitas, kegagahan fisik, daya tahan, dan kapabilitas (Sundeen, Stuart, & Laraia, 2007). Citra tubuh dapat berubah dalam beberapa jam, hari, minggu, atau bulan, bergantung pada stimuli eksternal pada tubuh dan perubahan aktual dalam penampilan, struktur atau fungsi.

b. *Ideal Diri*

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya bertingkah laku berdasarkan standar pribadi. Standar dapat berhubungan dengan tipe orang yang

diinginkan/disukainya atau sejumlah aspirasi, tujuan, nilai yang diraih. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita ataupun penghargaan diri berdasarkan norma-norma sosial di masyarakat tempat individu tersebut melahirkan penyesuaian diri.

c. Harga Diri

Harga diri berasal dari dua sumber, yaitu diri sendiri dan orang lain. Harga diri bergantung pada kasih sayang dan penerimaan. Harga diri mencakup penerimaan diri sendiri karena nilai dasar, meski lemah dan terbatas. Seseorang yang menghargai dirinya dan merasa dihargai oleh orang lain biasanya mempunyai harga diri yang tinggi. Yang merasa tidak berharga dan menerima sedikit respek dari orang lain biasanya mempunyai harga diri yang rendah.

d. Identitas

Identitas mencakup rasa internal tentang individualitas, keutuhan, dan konsistensi dari seseorang sepanjang waktu dan dalam berbagai situasi. Karenanya konsep tentang identitas mencakup konstansi dan kontinuitas. Identitas menunjukkan menjadi lain dan terpisah dari orang lain, namun menjadi diri yang utuh dan unik. Identitas kita membentuk salah satu dari ke empat prinsip yang terintegrasi dari konsep diri. Menjadi “diri-sendiri” adalah hal yang terpenting dari identitas. Identitas sering didapat dari observasi-diri seseorang dan dari apa yang kita katakan tentang diri kita (Sundeen, Stuart, & Laraia, 2007).

e. Peran

Peran mencakup harapan atau standar perilaku yang telah diterima oleh keluarga, komunitas, dan kultur. Perilaku didasarkan pada pola yang ditetapkan melalui sosialisasi. Sosialisasi dimulai tepat setelah lahir, ketika bayi berespons terhadap orang dewasa dan orang dewasa berespons terhadap perilaku bayi. Anak belajar perilaku yang diterima oleh masyarakat melalui proses berikut:

- 1) *Reinforcement-extinction*: perilaku tertentu menjadi umum atau dihindari, bergantung pada apakah perilaku ini diterima dan diharuskan atau tidak diperbolehkan dan dihukum.
- 2) *Inhibition*: seorang anak belajar memperbaiki perilaku, bahkan ketika berupaya untuk melibatkan diri mereka.
- 3) *Substitution*: seorang anak menggantikan satu perilaku dengan perilaku lainnya, yang memberikan kepuasan pribadi yang sama.
- 4) *Imitation*: seorang anak mendapatkan pengetahuan. Keterampilan atau perilaku dari anggota sosial atau kelompok cultural.
- 5) *Identification*: seorang anak menginternalisasikan keyakinan, perilaku, dan nilai dari model peran ke dalam ekspresi diri yang unik dan personal.

4. Faktor-faktor Pembentukan Konsep Diri

Ada beberapa faktor yang memengaruhi pembentukan dan perkembangan konsep diri, antara lain:

a. *Usia*

Konsep diri terbentuk seiring dengan bertambahnya usia, dimana perbedaan ini lebih banyak berhubungan dengan tugas-tugas perkembangan. Pada masa kanak-kanak, konsep diri seseorang menyangkut hal-hal di sekitar diri dan keluarganya. Pada masa remaja, konsep diri sangat dipengaruhi oleh teman sebaya dan orang yang dipujanya, sedangkan remaja yang kematangannya terlambat, yang diperlakukan seperti anak-anak, merasa tidak dipahami sehingga cenderung berperilaku kurang dapat menyesuaikan diri. Pada masa dewasa konsep dirinya sangat dipengaruhi oleh status sosial dan pekerjaan, dan pada usia tua konsep dirinya lebih banyak dipengaruhi oleh keadaan fisik, perubahan mental, maupun sosial.

b. *Inteligensi*

Inteligensi memengaruhi penyesuaian diri seseorang terhadap lingkungannya, orang lain dan dirinya sendiri. Semakin tinggi taraf inteligensinya semakin baik penyesuaian dirinya dan lebih mampu bereaksi terhadap rangsangan lingkungan atau orang lain dengan cara yang dapat diterima.

c. *Pendidikan*

Seseorang yang mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi akan meningkatkan prestisenya.

d. *Status Sosial Ekonomi*

Status sosial seseorang memengaruhi bagaimana penerimaan orang lain terhadap dirinya. Penerimaan lingkungan dapat memengaruhi konsep diri seseorang. Penerimaan lingkungan terhadap seseorang cenderung didasarkan pada status sosial ekonominya.

e. *Hubungan Keluarga*

Seseorang yang mempunyai hubungan yang erat dengan seorang anggota keluarga akan mengidentifikasi diri dengan orang lain dan ingin mengembangkan pola kepribadian yang sama.

f. *Orang Lain*

Sullivan menjelaskan bahwa individu diterima orang lain, dihormati dan disenangi karena keadaan dirinya, individu akan cenderung bersikap menghormati dan menerima dirinya. Sebaliknya, bila orang lain selalu meremehkan dirinya, menyalahkan dan menolaknya, ia akan cenderung tidak akan menyenangi dirinya. Orang-orang yang dinilai baik oleh orang lain, cenderung memberikan skor yang tinggi juga dalam menilai dirinya. Artinya, harga diri sesuai dengan penilaian orang lain terhadap dirinya.

g. *Kelompok Rujukan (Reference Group)*

Kelompok rujukan adalah kelompok yang secara emosional mengikat individu, dan berpengaruh terhadap perkembangan konsep dirinya. Ciri orang yang memiliki konsep diri

negatif ialah peka terhadap kritik, responsif sekali terhadap pujian, mempunyai sikap hiperkritik, cenderung merasa tidak disenangi orang lain, merasa tidak diperhatikan, dan bersikap pesimis terhadap kompetisi. Sebaliknya, orang yang memiliki konsep diri positif ditandai dengan lima hal:

- 1) Kemampuan mengatasi masalah.
- 2) Merasa setara dengan orang lain.
- 3) Menerima pujian tanpa rasa malu.
- 4) Menyadari bahwa setiap orang mempunyai berbagai perasaan, keinginan dan perilaku yang tidak seluruhnya disetujui masyarakat.
- 5) Mampu memperbaiki dirinya karena ia sanggup mengungkapkan aspek-aspek kepribadian yang tidak disenangi dan berusaha mengubahnya.

5. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Konsep Diri

Menurut Sundeen, Stuart, & Laraia (2007) ada beberapa faktor-faktor yang memengaruhi perkembangan konsep diri, seperti:

a. Teori perkembangan.

Konsep diri belum ada waktu lahir, kemudian berkembang secara bertahap sejak lahir, seperti mulai mengenal dan membedakan dirinya dan orang lain. Dalam melakukan kegiatannya memiliki batasan diri yang terpisah dari lingkungan dan berkembang melalui kegiatan eksplorasi lingkungan melalui bahasa, pengalaman atau pengenalan tubuh, nama panggilan, pengalaman budaya dan hubungan interpersonal, kemampuan pada area tertentu yang dinilai oleh diri sendiri atau masyarakat serta aktualisasi diri dengan merealisasi potensi yang nyata.

b. Significant Other (orang yang terpenting atau yang terdekat)

Di mana konsep diri dipelajari melalui kontak dan pengalaman dengan orang lain, belajar diri sendiri melalui cermin orang lain, yaitu dengan cara pandangan diri merupakan interpretasi diri pandangan orang lain terhadap diri, anak sangat dipengaruhi orang yang dekat, remaja dipengaruhi oleh orang lain yang dekat dengan dirinya, pengaruh orang dekat atau orang penting sepanjang siklus hidup, pengaruh budaya dan sosialisasi.

c. Self Perception (persepsi diri sendiri)

Yaitu persepsi individu terhadap diri sendiri dan penilaiannya, serta persepsi individu terhadap pengalamannya akan situasi tertentu. Konsep diri dapat dibentuk melalui pandangan diri dan pengalaman yang positif.

B. SEKSUALITAS

Seksualitas merupakan salah satu komponen kebutuhan dasar manusia. Seksualitas merupakan bagian dari kepribadian seseorang yang berpengaruh terhadap kesehatan secara menyeluruh. Menurut World Health Organization (2015), kesehatan seksual adalah “suatu

keadaan kesejahteraan fisik, emosional, mental dan sosial yang berhubungan dengan seksualitas, tidak hanya sekadar bebas dari penyakit, disfungsi atau kelemahan.

Seiring dengan pertumbuhan dan perkembangan seseorang, maka seksualitas juga akan mengalami perubahan yang akan berpengaruh terhadap fungsi dan peran seksual dalam berhubungan. Perkembangan seksual sesuai dengan tahap perkembangan dapat digambarkan sebagai berikut:

- 1) Infantil dan masa kanak-kanak awal. Tahap ini merupakan tahapan penting dalam perkembangan identitas gender (Andrews dalam Potter & Perry, 2010). Seorang anak akan lebih memihak pada orang tua yang memiliki gender sama. Anak-anak mulai merasakan perbedaan antara jenis kelamin yang berbeda.
- 2) Usia Sekolah. Pada tahapan ini, orang tua, guru dan kelompok teman sebaya berperan sebagai role model yang mengajarkan bagaimana peran laki-laki atau perempuan dalam berhubungan dengan setiap orang. Pada tahap ini anak-anak biasanya memiliki pertanyaan tentang aspek fisik yang berkaitan dengan seksualitas.
- 3) Pubertas atau masa remaja. Perubahan emosional selama pubertas sama dramatisnya dengan perubahan fisik. Remaja memerlukan banyak informasi seputar seksualitas di antaranya perubahan tubuh, aktivitas seksual, respons emosi terhadap hubungan intim seksual, penyakit menular seksual, kontrasepsi dan kehamilan.
- 4) Masa Dewasa Muda. Pada tahapan ini, seseorang masih memerlukan penggalian dan memantapkan hubungan secara emosional walaupun telah memiliki kematangan secara fisik. Aktivitas seksual sering didefinisikan sebagai dasar kebutuhan. Sebagai individu yang aktif secara seksual yang membangun secara intim, mereka mempelajari teknik stimulasi yang dapat memuaskan diri sendiri dan pasangan seksual mereka.
- 5) Masa Dewasa Menengah. Perubahan dalam penampilan fisik pada masa dewasa menengah terkadang menimbulkan masalah dalam ketertarikan seksual. Perubahan fisik menuju ketuaan kadang menimbulkan masalah dalam ketertarikan seksual. Penurunan kadar estrogen pada wanita perimenopause menyebabkan kurangnya lubrikasi dan elastisitas vagina. Perubahan ini sering menyebabkan dyspareunia atau rasa nyeri saat berhubungan seks. Pada laki-laki cenderung mengalami perubahan, seperti peningkatan periode refrakter pasca ejakulasi dan penundaan ejakulasi.
- 6) Masa Lansia. Faktor-faktor yang menentukan aktivitas seksual pada lansia diantaranya adalah status kesehatan, kepuasan hidup dulu dan sekarang dan status pernikahan atau hubungan intim. Penting bagi perawat untuk berhati-hati dalam pengkajian masalah ini pada lansia. Perawat harus menunjukkan sikap yang tidak menghakimi dan meyakinkan bahwa aktivitas seksual mereka akan normal dalam tahun-tahun selanjutnya. Tekankan bahwa aktivitas seksual bukan merupakan satu-satunya hal penting untuk mempertahankan kualitas hidup.

C. KESEHATAN SPIRITUAL

Menurut McEwan dalam Potter & Perry (2010) spiritual adalah segala sesuatu yang menjadi pusat dari semua aspek kehidupan seseorang. Pemenuhan kebutuhan spiritual sangat penting karena semua aspek kehidupan klien dipengaruhi oleh spiritual. Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan Yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta,

sebagai contoh seseorang yang percaya kepada Allah sebagai Pencipta atau sebagai Maha Kuasa. Spiritualitas mengandung pengertian hubungan manusia dengan Tuhannya dengan menggunakan instrumen (medium) sholat, puasa, zakat, haji, doa dan sebagainya (Hawari, 2002). Hasil penelitian menunjukkan bahwa spiritual yang positif memengaruhi dan meningkatkan kesehatan, kualitas hidup, perilaku yang meningkatkan kesehatan dan kegiatan pencegahan penyakit (Aaron et al, 2003; Figueroa et al, 2004; Grimsley, 2006 dalam Perry & Potter, 2010).

Kebutuhan spiritual adalah harmonisasi dimensi kehidupan. Dimensi ini termasuk menemukan arti, tujuan, menderita, dan kematian; kebutuhan akan harapan dan keyakinan hidup, dan kebutuhan akan keyakinan pada diri sendiri, dan Tuhan. Ada 5 dasar kebutuhan spiritual manusia, yaitu: arti dan tujuan hidup, perasaan misteri, pengabdian, rasa percaya dan harapan di waktu kesusahan (Hawari, 2002). Menurut Burkhardt dalam Hamid (2000) spiritualitas meliputi aspek sebagai berikut:

1. Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui.
2. Ketidakpastian dalam kehidupan.
3. Menemukan arti dan tujuan hidup.
4. Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri.
5. Mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan dengan Yang Maha Tinggi.

Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan. Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai, serta kebutuhan untuk memberikan dan mendapatkan maaf. Menginventarisasi 10 butir kebutuhan dasar spiritual manusia (Clinebell dalam Hawari, 2002), yaitu:

1. Kebutuhan akan kepercayaan dasar (*basic trust*), kebutuhan ini secara terus-menerus diulang guna membangkitkan kesadaran bahwa hidup ini adalah ibadah.
2. Kebutuhan akan makna dan tujuan hidup, kebutuhan untuk menemukan makna hidup dalam membangun hubungan yang selaras dengan Tuhannya (vertikal) dan sesama manusia (horizontal) serta alam sekitarnya
3. Kebutuhan akan komitmen peribadatan dan hubungannya dengan keseharian, pengalaman agama integratif antara ritual peribadatan dengan pengalaman dalam kehidupan sehari-hari.
4. Kebutuhan akan pengisian keimanan dengan secara teratur mengadakan hubungan dengan Tuhan, tujuannya agar keimanan seseorang tidak melemah.
5. Kebutuhan akan bebas dari rasa bersalah dan dosa, rasa bersalah dan berdosa ini merupakan beban mental bagi seseorang dan tidak baik bagi kesehatan jiwa seseorang. Kebutuhan ini mencakup dua hal, yaitu pertama secara vertikal adalah kebutuhan akan bebas dari rasa bersalah, dan berdosa kepada Tuhan. Kedua secara horisontal, yaitu bebas dari rasa bersalah kepada orang lain.

6. Kebutuhan akan penerimaan diri dan harga diri (*self acceptance* dan *self esteem*), setiap orang ingin dihargai, diterima, dan diakui oleh lingkungannya.
7. Kebutuhan akan rasa aman, terjamin dan keselamatan terhadap harapan masa depan. Bagi orang beriman hidup ini ada dua tahap, yaitu jangka pendek (hidup di dunia) dan jangka panjang (hidup di akhirat). Hidup di dunia sifatnya sementara yang merupakan persiapan bagi kehidupan yang kekal di akhirat nanti.
8. Kebutuhan akan dicapainya derajat dan martabat yang makin tinggi sebagai pribadi yang utuh. Di hadapan Tuhan, derajat atau kedudukan manusia didasarkan pada tingkat keimanan seseorang. Apabila seseorang ingin agar derajatnya lebih tinggi di hadapan Tuhan maka dia senantiasa menjaga dan meningkatkan keimanannya.
9. Kebutuhan akan terpeliharanya interaksi dengan alam dan sesama manusia. Manusia hidup saling bergantung satu sama lain. Oleh karena itu, hubungan dengan orang di sekitarnya senantiasa dijaga. Manusia juga tidak dapat dipisahkan dari lingkungan alamnya sebagai tempat hidupnya. Oleh karena itu, manusia mempunyai kewajiban untuk menjaga dan melestarikan alam ini.
10. Kebutuhan akan kehidupan bermasyarakat yang penuh dengan nilai-nilai religius. Komunitas keagamaan diperlukan oleh seseorang dengan sering berkumpul dengan orang yang beriman akan mampu meningkatkan iman orang tersebut.

D. STRES DAN KOPING

Stres adalah keadaan yang dihasilkan oleh perubahan lingkungan yang diterima sebagai suatu hal yang menantang, mengancam atau merusak keseimbangan kehidupan seseorang. Sering kali stres didefinisikan dengan hanya melihat dari stimulus atau respons yang dialami seseorang (Lazarus & Folkman, 1984).

Beberapa pandangan tentang stres diantaranya:

1. **Pandangan Stres Sebagai Stimulus**
Pandangan ini menyatakan stres sebagai suatu stimulus yang menuntut, dimana semakin tinggi besar tekanan yang dialami seseorang, maka semakin besar pula stres yang dialami.
2. **Pandangan Stres Sebagai Respons**
Mengidentifikasi stres sebagai respons individu terhadap stresor yang diterima, di mana ini sebagai akibat respons fisiologi dan emosional atau juga sebagai respons yang nonspesifik tubuh terhadap tuntutan lingkungan yang ada.
3. **Pandangan Stres Sebagai Transaksional**
Pandangan ini merupakan suatu interaksi antara orang dengan lingkungan dengan meninjau dari kemampuan individu dalam mengatasi masalah dan terbentuknya sebuah koping.

Ditinjau dari penyebab, maka stres dibagi menjadi tujuh macam, di antaranya :

1. Stres fisik: stres yang disebabkan karena keadaan fisik, seperti karena temperatur yang tinggi atau yang sangat rendah, suara yang bising, sinar matahari atau karena tegangan arus listrik.
2. Stres kimiawi: stres ini disebabkan karena zat kimiawi, seperti obat-obatan, zat beracun asam, basa, faktor hormon atau gas dan prinsipnya karena pengaruh senyawa kimia.
3. Stres mikrobiologik: stres ini disebabkan karena kuman, seperti adanya virus, bakteri atau parasit.
4. Stres fisiologik: Stres yang disebabkan karena gangguan fungsi organ tubuh diantaranya gangguan dari struktur tubuh, fungsi jaringan, organ dan lain-lain.
5. Stres proses pertumbuhan dan perkembangan: stres yang disebabkan karena proses pertumbuhan dan perkembangan, seperti pada pubertas, perkawinan dan proses lanjut usia.
6. Stres psikis atau emosional: stres yang disebabkan karena gangguan stimulus psikologis atau ketidakmampuan kondisi psikologis untuk menyesuaikan diri, seperti hubungan interpersonal, sosial budaya atau faktor keagamaan (Alimul, 2008).

Sumber-sumber stress berasal dari:

1. sumber stres di dalam diri;
2. sumber stres di dalam keluarga;
3. sumber stres di dalam masyarakat dan lingkungan.

Stres yang dialami seseorang dapat melalui beberapa tahapan, menurut Van Amberg (1979 dalam Alimul 2008), tahapan stres dapat terbagi menjadi enam tahap diantaranya:

1. Tahap Pertama
Tahap ringan dari stres yang ditandai dengan adanya semangat bekerja besar, penglihatannya tajam tidak seperti pada umumnya, merasa mampu menyelesaikan pekerjaan yang tidak seperti biasanya, kemudian merasa senang akan pekerjaannya, akan tetapi kemampuan yang dimilikinya semakin berkurang.
2. Tahapan Kedua
Pada stres tahap kedua ini seseorang memiliki ciri sebagai berikut, adanya perasaan letih sewaktu bangun pagi yang semestinya segar, terasa lelah setelah makan siang, cepat lelah menjelang sore, sering mengeluh lambung atau perut tidak nyaman, denyut jantung berdebar-debar lebih dari biasanya, otot-otot punggung dan tengkuk semakin tegang dan tidak bisa santai.
3. Tahap Ketiga
Pada tahap ketiga ini apabila seseorang mengalami gangguan, seperti pada lambung dan usus, seperti adanya keluhan gastritis, buang air besar tidak teratur, ketegangan otot semakin terasa, perasaan tidak tenang, gangguan pola tidur, seperti sukar mulai

untuk tidur, terbangun tengah malam dan sukar kembali tidur, lemah, terasa, seperti tidak memiliki tenaga.

4. Tahap Keempat

Tahap ini seseorang akan mengalami gejala, seperti segala pekerjaan yang menyenangkan terasa membosankan, semula tanggap terhadap situasi menjadi kehilangan kemampuan untuk merespons secara adekuat, tidak mampu melaksanakan kegiatan sehari-hari, adanya gangguan pola tidur, sering menolak ajakan karena tidak bergairah, kemampuan mengingat dan konsentrasi menurun karena adanya perasaan ketakutan dan kecemasan yang tidak diketahui penyebabnya.

5. Tahap Kelima

Stres tahap ini ditandai adanya kelelahan fisik secara mendalam, tidak mampu menyelesaikan pekerjaan yang ringan dan sederhana, gangguan pada sistem pencernaan semakin berat dan perasaan ketakutan dan kecemasan semakin meningkat.

6. Tahap Keenam

Tahap ini merupakan tahap puncak dan seseorang mengalami panik dan perasaan takut mati dengan ditemukan gejala, seperti detak jantung semakin keras, susah bernapas, terasa gemetar seluruh tubuh dan berkeringat, kemungkinan terjadi kolaps atau pingsan.

Stres yang dialami seseorang dapat menimbulkan reaksi yang ada pada tubuh baik secara fisiologis maupun psikologi. Di antara reaksi tubuh tersebut, seperti terjadi perubahan warna rambut yang semula hitam lambat laun dapat mengalami perubahan warna menjadi kecoklatan dan kusam, perubahan ketajaman mata sering kali menurun karena kekenduran pada otot-otot mata sehingga akan memengaruhi fokus lensa mata, pada telinga terjadi gangguan, seperti adanya suara berdengung, pada daya pikir sering kali ditemukan adanya penurunan konsentrasi dan keluhan sakit kepala dan pusing, ekspresi wajah tampak tegang, mulut dan bibir terasa kering, kulit reaksi yang dapat dijumpai sering berkeringat dan kadang-kadang panas, dingin dan juga akan dapat menjadi kering atau gejala lainnya, seperti urtikaria, pada sistem pernapasan dapat dijumpai gangguan, seperti terjadi sesak karena penyempitan pada saluran pernapasan, sedangkan pada sistem kardiovaskuler terjadi gangguan, seperti berdebar-debar, pembuluh darah melebar atau menyempit kadang-kadang terjadi keputihan atau kemerahan pada muka dan terasa kedinginan dan kesemutan pada daerah pembuluh darah perifer, seperti pada jari-jari tangan atau kaki, sistem pencernaan juga dapat mengalami gangguan, seperti lambung terasa kembung, mual, perih, karena peningkatan asam lambung, pada sistem perkemihan terjadi gangguan, seperti adanya frekuensi buang air kecil yang sering, pada otot dan tulang terjadi ketegangan dan terasa ditusuk-tusuk, khususnya pada persendian dan terasa kaku. Pada sistem endokrin dan hormonal sering kali dijumpai adanya peningkatan kadar gula dan terjadi penurunan libido dan penurunan kegairahan pada seksual (Alimul, 2008).

Tubuh selalu berinteraksi dan mengalami sentuhan langsung dengan lingkungan, baik lingkungan internal (seperti pengaturan peredaran darah, pernapasan) maupun lingkungan eksternal (seperti cuaca dan suhu yang kemudian menimbulkan respons normal atau tidak normal). Keadaan di mana terjadi mekanisme relative untuk mempertahankan fungsi normal disebut homeostasis. Homeostatis dibagi menjadi dua, yaitu homeostasis fisiologis (misalnya, peningkatan produksi keringat saat berolahraga) dan homeostasis psikologis (misalnya, perasaan mencintai dan dicintai, perasaan aman dan nyaman).

Respons fisiologis terhadap stres dapat diidentifikasi menjadi dua, yaitu *local adaptation syndrome* (LAS), yaitu respons lokal tubuh terhadap stresor (misalnya, kalau kita menginjak kerikil tajam maka secara reflex telapak kaki akan diangkat atau misalnya, terjadi peningkatan produksi leukosit saat terjadi proses infeksi dalam tubuh) dan *genital adaptation syndrome* (GAS), yaitu reaksi menyeluruh terhadap stresor yang ada.

Dalam proses GAS terdapat tiga fase: *pertama*, reaksi peringatan ditandai oleh peningkatan aktivitas neuroendokrin yang berupa peningkatan pembuluh darah, nadi, pernapasan, metabolisme, glukosa dan dilatasi pupil; *kedua*, fase resisten di mana fungsi kembali normal, adanya LAS, adanya coping dan mekanisme pertahanan; *ketiga*, fase kelelahan ditandai dengan adanya vasodilatasi, penurunan tekanan darah, panik dan krisis (Wartonah, 2006). Respons psikologis terhadap stres dapat berupa depresi, marah dan kecemasan. Kecemasan adalah respons emosional terhadap penilaian, misalnya cemas mengikuti ujian karena khawatir nilainya buruk (Wartonah, 2006).

Stres merupakan sumber dari berbagai penyakit pada manusia. Apabila stres tidak cepat ditanggulangi atau dikelola dengan baik, maka akan berdampak lebih lanjut, seperti mudah terjadi gangguan atau terkena penyakit. Untuk mencegah dan mengatasi stres agar tidak sampai ke tahap yang paling berat, maka dapat dilakukan dengan cara:

1. Pengaturan Diet dan Nutrisi
2. Istirahat dan Tidur
3. Olah Raga atau Latihan Teratur
4. Berhenti Merokok
5. Tidak Mengonsumsi Minuman Keras
6. Pengaturan Berat Badan
7. Pengaturan Waktu
8. Terapi Psikofarmaka
9. Terapi Somatik
10. Psikoterapi
11. Terapi Psikoreligius

E. PENGALAMAN KEHILANGAN, KEMATIAN, BERDUKA, DAN PENYAKIT TERMINAL

Keadaan Terminal adalah suatu keadaan sakit dimana menurut akal sehat tidak ada harapan lagi bagi si sakit untuk sembuh. Keadaan sakit itu dapat disebabkan oleh suatu penyakit atau suatu kecelakaan. Kondisi terminal adalah suatu proses yang progresif menuju

kematian berjalan melalui suatu tahapan proses penurunan fisik, psikososial dan spiritual bagi individu (Kubler-Ross, 1969). Kondisi terminal adalah suatu proses yang progresif menuju kematian berjalan melalui suatu tahapan proses penurunan fisik, psikososial dan spiritual bagi individu (Carpenito, 2007). Jenis Penyakit Terminal diantaranya adalah penyakit-penyakit kanker, Chronic Kidney Disease (CKD), Stroke Multiple Sklerosis, trauma akibat kecelakaan fatal, HIV/ AIDS dan lain sebagainya. Seseorang yang didiagnosis menderita penyakit terminal biasanya akan menghadapi perasaan kehilangan, ketakutan akan kematian serta perasaan berduka, begitu juga dengan keluarganya. Baiklah kita akan pelajari tentang konsep pengalaman Kehilangan, kematian, berduka.

1. Kehilangan

a. Pengertian

Pengertian dari kematian sebenarnya masih belum jelas, sebagai respons emosional atau respons tingkah laku terhadap kehilangan, dan dampak pada cinta seseorang (Sundeen, Stuart, & Laraia, 2007). Bekerja dan merawat klien dalam proses kematian dan keluarganya adalah merupakan tugas yang kompleks. Simpati, kesabaran dan keterlibatan di dalamnya adalah merupakan komponen penting bagi perawatan. Perawat yang merawat klien dalam proses kematian bisa tertawa dan menangis bersamanya, benci dan cinta mereka. Walaupun kematian adalah tiba-tiba atau dapat diantisipasi, hampir selalu perawat berperan dan selalu bersedia dalam perawatan akhir klien dan memberikan support/dukungan terhadap kehilangannya.

Secara umum ada 3 istilah bila kita mendiskusikan tentang kehilangan, yaitu berduka, mourning dan kematian. Kita semua sudah mengalami perubahan dan transisi dalam hidup kita. Perubahan melibatkan rasa kehilangan terhadap sesuatu yang dimanifestasikan dalam bentuk perubahan fisik, psikologis, perilaku atau tekanan sosial. Sebagai contoh: merasa kesepian setelah meninggalnya orang yang dicintai, depresi akibat tidak diterimanya di perguruan tinggi yang diimpikan, adalah merupakan bagian dari berduka akibat dari kehilangan. Respons kehilangan tidak sama pada setiap orang, hal ini dikarenakan respons tersebut sangat individual.

Banyak faktor yang memengaruhi respons seseorang terhadap kehilangan, yaitu: usia, jenis kelamin, kepribadian, budaya. Berbagai macam suku ada di Indonesia. Masing-masing suku yang ada di Indonesia mempunyai budaya yang berbeda-beda pula dan tentunya berbeda respons terhadap kehilangan. Ada budaya yang ekspresif terhadap kehilangan/kematian, ada pula yang tenang, tidak terlalu menampakkan perasaannya terhadap kehilangan.

b. Jenis Kehilangan

1) Kehilangan yang aktual

Ini merupakan perubahan yang terjadi pada diri seseorang yang tidak diharapkan atau tidak diinginkan yang dapat mengurangi kemungkinan pencapaian tujuan individu. Misalnya: seseorang kehilangan kaki, penglihatan atau kemampuan berbicara.

2) Persepsi kehilangan

Persepsi kehilangan mungkin agak sulit diidentifikasi sebab agak sulit dipahami oleh yang lain. Contohnya: kehilangan nasib, modesty, peran, rasa percaya diri, prestasi,

atau harga diri dan konsep diri. Kita ambil contoh yang lain lagi, yaitu sepasang suami istri yang menunggu kelahiran putra pertama dan ternyata anaknya lahir tidak seperti harapannya dan impiannya karena anak cacat. Seseorang merasa rendah diri karena buta atau merasa tidak berguna karena kehilangan tangan.

3) Kehilangan Maturasional

Kehilangan terjadi sebagai hal yang normal dalam kehidupan. Contohnya: pada saat anak mulai masuk sekolah atau diterima di universitas yang jauh dari rumah, maka anak dan orangtua merasa kehilangan. Masih banyak contoh kehilangan ini di lingkungan kita. Silakan Anda memberikan contoh-contoh yang lain!

4) Kehilangan Situasional

Kehilangan situasional terjadi dalam respons tiba-tiba, tidak diprediksi dan kejadian khusus yang memiliki kapasitas mengancam yang meliputi fisiologis, psikologis dan keseimbangan sosial. Banyak kejadian yang termasuk kehilangan situasional, misalnya: perceraian, berpisah dengan keluarga, kelahiran anak, ancaman kehidupan, atau penyakit kronis dan kematian. Kehilangan situasional bisa juga disebabkan multiple kehilangan yang disebabkan oleh bencana alam (banjir, kebakaran), kecurian kecopetan, dsb.

5) Kehilangan objek eksternal

Tipe kehilangan ini merujuk pada *possession* seseorang yang di rusak oleh bencana alam, hilang, rusak, berpindah tempat atau dicuri, misalnya: keluarga yang kehilangan rumah karena terbakar, seorang anak menangis karena kucing kesayangannya hilang. Semakin besar nilai hubungan dengan benda, semakin besar rasa kehilangan.

6) Kehilangan lingkungan yang dikenal

Ini adalah bentuk kehilangan yang terjadi ketika berpisah dari lingkungan yang dikenal. Pindah ke budaya yang berbeda, perubahan karir atau tempat kerja merupakan sedikit contoh bentuk kehilangan ini. Kehilangan ini bisa situasional atau katurasional. Contoh yang lain adalah seorang lansia yang masuk ke panti lansia, dimana ini merupakan lingkungan baru bagi mereka.

7) Kehilangan orang yang masih ada hubungan

Dalam kategori ini, kehilangan dikatakan terjadi disebabkan oleh orang mempunyai hubungan, misalnya: pasangan, orang tua, saudara kandung, teman, rekan kerja, tetangga, sudah pindah, hilang, berpisah, bercerai, atau meninggal.

8) Kehilangan aspek diri

Kehilangan ini adalah kehilangan atau perubahan yang terjadi akibat perubahan pada diri yang berkaitan dengan *body image*. Konsep diri adalah independen, dan merupakan reflektif dari latar belakang pribadi dan masih banyak lagi faktor lain, misalnya : kepribadian, filosofi individu, pengalaman hidup, budaya, usia, nilai-nilai dan sistem keyakinan.

Kehilangan aspek diri adalah kehilangan yang meliputi fungsi fisiologis atau psikologis. Beberapa contoh dari kehilangan ini adalah: penurunan kemampuan mobilitas, kehilangan kontrol bladder, atau kehilangan sensori raba. Amputasi kaki, rambut

menipis atau botak, berkurangnya gigi atau kehilangan payudara juga dapat memengaruhi image diri, konsep diri dan harga diri.

b. Berduka

1) Pengertian berduka

Berduka adalah bagian dari kehidupan manusia, bersifat umum dan suatu jalan hidup. Berduka adalah respons total dari pengalaman emosional dari kehilangan dan dimanifestasikan dalam pikiran, perasaan dan tingkah laku (Kozier and Erb, 2007). Respons-respons yang ditunjukkan adalah kompleks, bermacam-macam, mempertimbangkan harga yang harus dibayar untuk cinta. Reaksi terjadi disebabkan kematian seseorang yang dicintai, atau kehilangan benda yang sangat bernilai. Deeken dalam Satino (2005) menggambarkan berduka sebagai respons emosional dan perilaku terhadap kehilangan dan berfokus pada bagian dari kematian. Respons berduka sangat bervariasi pada setiap orang, kadang-kadang disembunyikan atau ditampakkan, tergantung dari tingkat dukungan/support yang mereka dapatkan. Baik dalam Satino (2005) mengatakan bahwa respons fisik, perilaku, kognitif, emosional dan domain spiritual dapat dimanifestasikan selama pengalaman berduka.

Bereavement adalah proses aktual seseorang mengikuti kehilangan yang terjadi. Hal ini, seperti berpikir dan perasaan yang mengikuti pengalaman dirampas atau kehilangan sesuatu yang bernilai. Bereavement ini lebih luas dari perasaan berduka dan merupakan respons yang subjektif terhadap kehilangan seseorang yang dicintai atau seseorang yang ada hubungan dengan klien. Berikut ini dijelaskan tentang faktor fisik yang terjadi dan manifestasi yang dirasakan dan tampak secara fisik.

Tabel 4.1. Faktor yang terpengaruh saat bereavement dan manifestasi klinik

FAKTOR	MANIFESTASI KLINIK
Fisik	Menggigil, Diare, Lelah, Pegel seluruh tubuh, tremor, mual, keringat, sakit perut, sakit kepala, mulut kering, denyut nadi cepat, badan terasa gatal, tegang pada leher dan tenggorokan.
Perilaku	Menarik diri dari yang lain, memimpikan kematian, kehilangan interest terhadap kegiatan normal, menangis dan sulit tidur, menginginkan mengisolasi diri.
Kognitif	Bingung, bayangan tentang mati, mimpi buruk, menurunnya perhatian, tidak percaya, kesulitan berhitung, merasa tidak ada dan halusinasi, pesimis, menurunnya interest, motivasi, inisiatif atau tujuan.
Emosional	Marah, merasa bersalah, depresi, cemas, kehilangan rasa percaya diri, sedih, takut, merasa kehilangan kekuatan, penyesalan, kesepian, frustrasi, panic, hipersensitif.
Spiritual	Mencari arti, ragu akan hal yang penting, menyalahkan Tuhan atau pengalaman krisis kepercayaan.

2) Faktor yang Memengaruhi Berduka

Ada beberapa faktor yang memengaruhi respons seseorang dalam berduka, yaitu:

(a) Model Survivor Dunia

Perkembangan psikologis dan emosional merupakan dasar dari perkembangan kehidupan mulai dari masa anak-anak (Clark, 1995 dalam oleh Satino, 2005). Bayi tidak bisa bertahan hidup tanpa bantuan orang lain dan keluarganya, tidak tau apa-apa, rawan penyakit. Semakin besar anak, maka ia akan belajar untuk bisa eksis dan diterima oleh lingkungannya. Hal ini disebut sosialisasi.

Untuk bertahan tetap hidup, seseorang perlu membuat hubungan yang baik antara dirinya dengan masyarakat sekitarnya. Sosialisasi penting terjadi selama masa bayi dan anak. Pada phase ini, nilai, keyakinan, sikap, bahasa, keterampilan dan pola berpikir dan tindakan penting untuk kehidupan sosial.

Pengalaman individu juga merupakan komponen penting dalam perkembangan manusia. Itu penting untuk mempertajam sikap individu, perilaku dan hal utama yang relevan dengan pengalaman seseorang tentang kematian, sekarat, berduka, bereavement.

Selama bereavement terdapat faktor-faktor yang membantu dalam respons kondisi emosional seseorang, yaitu sebagai berikut:

(b) Kepribadian

Perilaku adalah hasil dari kombinasi pengaruh dari mental, emosional dan kebutuhan fisik, dan beberapa di antaranya merupakan hasil belajar. Mudah saja, perilaku merupakan cara seseorang memimpin dirinya. Misalnya, kita tahu bahwa beberapa orang umumnya malu pada beberapa situasi dan lingkungan di mana orang lain menginginkannya. Pada kemungkinan yang seimbang, menjadi agresif, hangat dan menghindar pergi. Individu mempunyai cara belajar sendiri untuk melihat perilaku orang-orang yang dikenalnya, misalnya, anggota keluarga dan teman dekat. Clark dalam Satino (2005) mendefinisikan kepribadian sebagai suatu kompilasi yang dinamis dari predisposisi instink emosional dan faktor psikosial, ketika dikombinasi, dideteksi nilai unik kita terhadap lingkungan. Kita kenal bahwa banyak aspek dari sikap kepribadian, seperti harga diri, emosi, sikap, nilai-nilai, gairah/semangat, kebutuhan, kekuatan-kekuatan, konflik yang disadari dan tidak disadari, dan hubungan timbale balik dengan lingkungan.

(c) Peran sosial

Semua individu mempunyai peran sosial yang dipenuhinya. Di dalam keluarga, semua orang mempunyai peran interdependen (saling terkait), dan menjadi anggota yang tergantung pada lainnya untuk support,

membimbing dan sosial interaksi. Adaptasi terhadap kehilangan akan semakin sulit sebagai peran baru tuntutan tambahan dan tanggung jawab baru diterima.

Peran sosial ini bisa diberikan contoh, seperti seorang ibu mempunyai anak 3 orang yang masih balita dan ia ditinggal mati suaminya setahun yang lalu. Dengan demikian ia mempunyai peran baru yang merupakan tanggung jawabnya sebagai ibu sekaligus sebagai ayah bagi anak-anaknya. Hal ini tidak mudah dan membutuhkan waktu untuk beradaptasi dengan situasi dan lingkungannya.

(d) Persepsi tentang Pentingnya Kematian

Persepsi seseorang tentang kematian adalah tidak sama, misalnya: ada yang menganggap bahwa kematian suami adalah sama dengan kehilangan pasangan seksual, kepala rumah tangga, pendengar, dll. Tergantung dari peran utama dia biasanya semasa hidup. Tambahan lagi, umumnya semakin dekat hubungan seseorang, semakin kuat respons berduka seseorang. Hal ini dikarenakan frekuensi dan kualitas hubungan yang semakin dekat.

(e) Budaya

Budaya berpengaruh pada reaksi seseorang terhadap kehilangan. Bagaimana kehilangan/berduka tiap suku diekspresikan berbeda, misalnya: budaya Tapanuli lebih mudah mengekspresikan perasaannya dibandingkan suku Jawa yang lebih banyak tersembunyi dan diam. Suku Tapanuli lebih dikenal dengan keterbukaannya, termasuk perasaannya. Jumlah anggota keluarga juga dapat memengaruhi kehilangan/berduka, karena support/dukungan dari keluarga yang besar berbeda dengan anggota keluarga yang lebih sedikit.

(f) Peran jenis kelamin

Reaksi terhadap kehilangan pada jenis kelamin berbeda, Pria umumnya diharapkan "lebih kuat" dan memperlihatkan hanya sedikit emosi selama berduka, sementara itu dapat diterima jika wanita menunjukkan berduka dengan menangis. Peran dalam jenis kelamin juga berdampak pada perubahan body image klien. Pria lebih mempertimbangkan luka diwajah sebagai tanda "macho" atau jantan, tetapi pada wanita mungkin menganggap itu memperburuk penampilan.

(g) Status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi sering kali berpengaruh pada support system seseorang terhadap kehilangan. Seorang pensiunan atau orang yang mempunyai asuransi contohnya, dapat menerima kehilangan dengan tenang. Contoh lain, seorang pria kaya yang baru saja ditinggal mati istrinya bisa jalan-jalan ke luar negeri atau tempat wisata lain untuk menghibur dirinya. Berbeda dengan orang yang tidak memiliki tingkat sosial ekonomi yang memadai, maka mereka hanya larut dalam kesedihan.

(h) Keyakinan spiritual

Keyakinan spiritual seseorang sangat besar pengaruhnya terhadap proses kehilangan atau berduka. Orang religius lebih tenang dan tabah menghadapi kehilangan dan kematian. Perawat harus memahami agama yang dianut klien agar dapat memfasilitasi sesuai keyakinan klien.

3) Tahapan Berduka

Kubler-Ross menggambarkan tahapan berduka terdiri dari lima tahap diantaranya menolak (denial), marah (anger), tawar-menawar (bargaining), tertekan (depresi), dan menerima (acceptance).

Tabel 4.2. Tahapan Berduka Kubler Ross

Tahap	Respons perilaku
Denial (menolak)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Menolak untuk percaya bahwa kehilangan terjadi. ■ Tidak siap menerima kenyataan, misal: menggunakan prosthesis setelah kehilangan kaki
Anger (marah)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Klien atau keluarga bisa langsung marah kepada perawat atau staf rumah sakit, tentang kejadian yang normalnya tidak akan mengganggunya.
Bargaining (tawar menawar)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mencari cara untuk menawar kehilangan. ■ Mengekspresikan perasaan bersalah atau takut akan hukuman terhadap dosa yang lalu, nyata atau imajinasinya
Depresi (tertekan)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Berduka cita apa yang telah terjadi dan apa yang tidak dapat terjadi ■ Bisa berbicara dengan bebas (misal, tentang kehilangan yang lalu: kehilangan pekerjaan), atau bisa juga menarik diri
Acceptance (menerima)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bisa menurunnya ketertarikan pada sekitarnya dan support seseorang ■ Mempunyai keinginan untuk memulai membuat rencana, misal: akan, prosthesis, merencanakan kehidupan selanjutnya

Secara normal berduka mungkin singkat atau dapat diantisipasi. Berduka singkat (*abbreviated grief*) adalah singkat, tetapi perasaan yang sebenarnya. Kehilangan suatu benda mungkin saja seseorang merasa tidak begitu penting untuk berduka, atau bisa digantikan dengan benda lain yang nilainya sama atau hampir sama. Antisipasi duka (*anticipatory grief*) adalah pengalaman yang lanjut pada suatu kejadian.

4) Usia Dan Dampak Kehilangan

Di bawah ini digambarkan tentang perkembangan konsep tentang kematian berdasarkan tahapan usia.

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

Tabel 4.3.
Perkembangan konsep kematian berdasarkan tahapan usia

USIA	KEPERCAYAAN/ SIKAP
Bayi sampai 5 tahun	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tidak tahu konsep kematian. Bayi merasakan bentuk perpisahan berdasarkan pengertiannya kemudian tentang kematian. ■ Mengembangkan sikap immobilitas dan tidak beraktivitas sebagai sikap kematian
5 sampai 9 tahun	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mengerti bahwa kematian adalah final. Percaya bahwa kematiannya sendiri bisa dicegah/dihindari. ■ Menghubungkan mati dengan serangan dan penyiksaan.
9 sampai 12 tahun	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mengerti kematian sebagai akhir dari hidup yang tak dapat dielakkan. Mulai mengerti tentang kematian diri sendiri. ■ Mengekspresikan ide tentang kematian dari orang tua atau orang dewasa lain.
12 sampai 18 tahun	<ul style="list-style-type: none"> ■ Takut dengan sesuatu dengan kematian. ■ Membayangkan kematian dapat didefinisikan, kematian dapat terjadi akibat perilaku, misal: ngebut di jalan, penganiayaan. Jarang berpikir tentang kematian, tetapi memandangnya dalam agama dan istilah filosofis. ■ Masih memegang konsep dari tahapan perkembangan sebelumnya.
18 sampai 45 tahun	<ul style="list-style-type: none"> ■ Memiliki sikap terhadap kematian dipengaruhi oleh agama dan kepercayaan budaya.
45 sampai 65 tahun	<ul style="list-style-type: none"> ■ Menerima kematian sendiri. ■ Tidak menerima kematian orang tua dan teman sebaya. Pengalaman puncak kecemasan kematian.
65 tahun keatas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Takut akan sakit yang lama. ■ Tidak menerima kematian anggota keluarga dan teman sebaya. ■ Melihat kematian sebagai mempunyai arti yang banyak, misal: bebas dari sakit, reuni dengan anggota keluarga yang mati terdahulu

5) Gejala Berduka

Secara fisiologi, tubuh merespons pada kejadian atauantisipasi kehilangan dengan reaksi stres. Perawat mengkaji berduka klien dan keluarga tentang kehilangan untuk mendeteksi fase atau tahap berduka. Gambaran gejala berduka adalah sebagai berikut:

- a. *Distres somatic* yang berulang
- b. Rasa sesak di dada
- c. Tercekik atau bernafas pendek
- d. Merasa kosong di perut
- e. Menarik napas panjang
- f. Kehilangan kekuatan otot

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan arti konsep diri dan sebutkan komponen-komponennya!
- 2) Jelaskan arti penyakit terminal dan berikan contohnya!
- 3) Jelaskan arti berduka!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat mempelajari kembali materi yang membahas tentang: Konsep Kebutuhan Psikososial; Pengalaman Kehilangan, Berduka Dan Penyakit Terminal.

Ringkasan

Psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik. Kebutuhan psikososial terdiri dari beberapa komponen di antaranya konsep diri, seksualitas, stres dan koping serta pengalaman kehilangan, berduka dan perawatan penyakit terminal.

Tes 4

- 1) Konsep diri adalah kombinasi dinamis yang dibentuk selama bertahun-tahun dan didasarkan pada hal berikut
 - A. Reaksi diri sendiri terhadap tubuhnya
 - B. Hubungan dengan diri dan orang lain
 - C. Struktur anatomi tubuh
 - D. Harapan tentang orang lain
- 2) Seorang individu akan lebih memihak pada orang tua yang memiliki gender sama dan mulai merasakan perbedaan antara jenis kelamin yang berbeda, hal ini terjadi pada tahap
 - A. infantil dan masa kanak-kanak awal
 - B. usia sekolah
 - C. pubertas atau masa remaja
 - D. masa dewasa muda

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- 3) Spiritualitas meliputi aspek sebagai berikut
- A. Berhubungan dengan sesuatu yang sudah diketahui atau kepastian dalam kehidupan
 - B. Menemukan kebutuhan dasar kehidupan
 - C. Tidak adanya kesadaran untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri
 - D. Mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan dengan Yang Maha Tinggi.
- 4) Seseorang yang kehilangan kaki karena harus diamputasi merupakan jenis kehilangan....
- A. aktual
 - B. persepsi kehilangan
 - C. maturasional
 - D. situasional
- 5) Seorang klien yang baru saja didiagnosis mengalami penyakit diabetes mellitus dan menyatakan tidak percaya dengan diagnosis dokter tersebut. Klien memutuskan untuk periksa ke rumah sakit yang lain. Hal ini menunjukkan bahwa klien masuk pada tahapan
- A. denial
 - B. anger
 - C. bargaining
 - D. acceptance

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) A
- 3) C
- 4) C
- 5) D

Tes 2

- 1) A
- 2) B
- 3) C
- 4) D
- 5) D

Tes 3

- 1) A
- 2) B
- 3) C
- 4) D
- 5) B

Tes 4

- 1) B
- 2) A
- 3) D
- 4) A
- 5) A

Glosarium

1. Cairan interstitial (CI) : cairan diantara sel, sekitar 15% berat tubuh
2. Cairan intra vaskular (CIV) : terdiri dari plasma (cairan limfe) dan darah, menyusun 5% berat tubuh
3. Cairan intra sel (CIS) : cairan dalam membran sel, membentuk 40% berat tubuh
4. Insensible Water Loss (IWL) : pengeluaran cairan melalui kulit (tidak kasat mata)
5. Sensible Water Loss (SWL) : pengeluaran cairan lewat keringat (kasat mata)
6. *Cheyne stokes*: Pernafasan kadang-kadang apnoe, frekuensi lambat
7. *Biot*: Pernafasan yang tidak teratur ritmenya dan kadang diikuti apnoe
8. *Kussmaul*: Pernafasan kadang cepat dan lambat frekuensi tidak teratur
9. *Ventilasi* adalah proses masuk dan keluarnya udara di paru sehingga pertukaran gas terjadi.
10. *Difusi* adalah proses dimana molekul (gas/partikel lain) bergerak dari daerah yang bertekanan tinggi ke daerah yang bertekanan rendah.
11. *Transportasi* gas adalah oksigen ditransportasikan dari membrane kapiler alveoli paru ke darah kemudian ke jaringan dan karbondioksida ditransportasikan dari jaringan ke paru kembali.
12. *Perfusi* gas adalah jumlah oksigen yang disampaikan ke sel.
13. Metabolisme adalah proses kimia kompleks yang terjadi di sel yang digunakan untuk energi, pertumbuhan dan perbaikan sel.
14. Katabolisme adalah proses memecah zat kompleks menjadi zat sederhana (misalnya, memecah jaringan)
15. Anabolisme adalah proses mengubah zat sederhana menjadi sesuatu yang lebih kompleks (misalnya, perbaikan jaringan).
16. Basal metabolisme adalah sejumlah energi yang dibutuhkan untuk aktivitas saat istirahat (bernapas, sirkulasi darah, memelihara suhu tubuh).
17. Kolagen adalah salah satu protein yang menyusun tubuh manusia. Keberadaannya adalah kurang lebih mencapai 30% dari seluruh protein yang terdapat di tubuh. Dia adalah struktur organik pembangun tulang, gigi, sendi, otot, dan kulit.
18. Sel mast adalah pemain sentral dalam alergi dan asma. Aktivasi sel-sel ini menginduksi pelepasan mediator inflamasi preformed lokal di butiran khusus dan *de novo sintesis* dan sekresi sitokin, kemokin, dan eikosanoid.

Daftar Pustaka

- Barbara Kozier and Glenora Erb (1991) *Fundamentals of Nursing : concepts, process, and practice*, 4th ed, Addison Publishing Co. Canada.
- Carpenito, L.J. 2007. *Handbook of Nursing Diagnosis*. Toronto: Lippincot.
- Craven,R.F., Hirnle,C.J., 2000., *Fundamentals of Nursing : Human Health and Function.*, Third Edition., Philadelphia : JB. Lippincott Company.
- Culligan K : *Spirituality and healing in medicine*, American Journal, August 31, 1996.
- Emblen J.D, *Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature*, Journal Professional Nursing 8(1) :41, 1992.
- Gaskin S : *The meaning of hope: implications for nursing practice and research*, Journal of Gerontology Nursing , March 17, 1995.
- Hamid, A. (2000). *Buku Ajar Aspek Spiritual dalam Keperawatan*. Jakarta: Widya Medika.
- Hawari, D. (2001). *Managemen Stress, Cemas, dan Depresi*. Jakarta: FK UI.
- Kübler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying*, Routledge, ISBN 0-415-04015-9
- Mansjoer, A. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran, Edisi 3*. Jakarta: Medica. Aesculpalus FKUI.
- Miller J.F and Power MJ: *Development of an instrument to measure hope*, Nurs Res 37(1):6, 1988.
- O’neill DP and Kenny EK: *Spirituality and chronic illness* , Image Journal Nursing Sch 30(3):275, 1998.
- Potter, P.A., Perry. A,G., & Ostendorf, W. (2014). *Clinical Nursing Skill & Techniques*. 8th Edition., St.Louis, Missouri : Mosby-Year. Book Inc.
- Potter, P.A., Perry,A.G., 2010., *Fundamentals of Nursing : Fundamental Keperawatan.*, Buku 3., Edisi 7., Jakarta : EGC.
- 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

Satino. (2005). Konsep Kehilangan, Berduka, Kematian Dan Kebutuhan Spiritual. Jakarta: Depkes RI; Pusdiknakes.

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., 2002, Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth, Alih Bahasa : Monica Ester, Jakarta : EGC.

Stoll, R.I (1979) Guidelines for spiritual assessment, American Journal of Nursing, 79, 1574-1577.

Sundeen, S.J., Stuart, G.W., & Laraia, M.T. 2007. *Stuart and Sundeen's Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Toronto: Mosb.

Tarwoto dan Wartonah (2003). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Toth, J.C. (1992) Faith in recovery: Spiritual support after an acute MI, Journal of Christian Nursing, 9(4), 28-31.

Wikipedia. (2015). Kematian. Tersedia pada: <https://id.wikipedia.org/wiki/Kematian>. On-line; 12 November 2015.

Wilkinson, J.M., 2007., Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC., Edisi 7., Jakarta : EGC.

World Health Organization. (2015). Sexual health. Tersedia pada: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/. On-line: 12 Oktober 2015 Pukul 20.00.

PENUTUP

Selamat! Anda telah berhasil menyelesaikan Bab 1 tentang konsep dasar Kebutuhan Dasar Manusia II. Bab ini membahas tentang konsep dasar oksigenasi, cairan, nutrisi, integritas kulit dan proses penyembuhan luka, psikososial, serta penyakit terminal dan menjelang ajal. Penulis yakin Anda cukup memahami uraian materi yang diberikan.

Hal yang penting untuk Anda ingat dari bab ini adalah mengetahui konsep dasar Kebutuhan Dasar Manusia II dan diharapkan dapat memberikan pemahaman yang baik bagi Anda sebagai dasar pada saat Anda memberikan asuhan keperawatan pada klien di lahan praktik.

Untuk mengukur kembali pemahaman Anda mengenai isi bab ini, jangan lupa untuk mengikuti test akhir bab yang dapat diminta pada tutor Anda.

Selamat atas keberhasilan Anda! “Sampai berjumpa pada Bab 2 tentang Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan oksigenasi”

BAB II

KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN OKSIGEN

Sunarsih Rahayu, S.Kep., Ns., M.Kep.

PENDAHULUAN

Selamat, Anda telah berhasil mempelajari KDM II Bab 1 tentang “Konsep Dasar Kebutuhan Dasar Manusia II”. Selanjutnya Anda akan mempelajari KDM II Bab 2 tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen”.

Peran dan kompetensi perawat dalam pemenuhan kebutuhan oksigen pada klien mutlak diperlukan, karena perawatlah satu-satunya tenaga kesehatan yang 24 jam mendampingi klien. Pemenuhan kebutuhan oksigen merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling utama karena oksigen tidak dapat disimpan dalam tubuh sehingga kekurangan oksigen dalam waktu singkat dapat menimbulkan kematian otak dan berakibat fatal. Dengan tindakan pemenuhan kebutuhan oksigen secara benar maka risiko maupun dampak akibat kekurangan atau ketidakakuratan terapi oksigen dapat dicegah atau diatasi secara cepat dan tepat. Untuk itu mari kita pelajari bersama tentang pentingnya kebutuhan oksigen.

Dalam Bab 2 ini, Anda akan mempelajari tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi.

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen, yaitu:

1. menjelaskan pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen;
2. menjelaskan diagnose keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen;
3. menjelaskan intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen;
4. menjelaskan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen.

Pemahaman Anda terhadap bab ini secara umum dapat diketahui bagaimana nanti Anda dapat memberlakukan pada diri Anda sendiri dan juga pada klien Anda sehingga dapat terhindar dari dampak yang dapat mengancam jiwa.

Agar Anda dapat memahami bab ini dengan mudah, maka bab ini dibagi menjadi empat (4) topik, sebagai berikut:

1. Topik 1:
Membahas pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen, meliputi riwayat perawatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik.
2. Topik 2 :
Membahas diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen, meliputi diagnosa keperawatan utama dan diagnosa keperawatan yang berhubungan.

3. Topik 3 :
Membahas intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen, meliputi tujuan tindakan keperawatan dan rencana tindakan keperawatan.
4. Topik 4
Membahas evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen.

Untuk dapat memahami materi pada setiap topik, Anda dapat mempelajari bab ini secara berurutan dari Topik 1 sampai 4. Pada setiap topik di bab ini, Anda akan menemukan latihan dan tes formatif, untuk itu jangan lupa mengerjakannya. Untuk menilai kemajuan belajar Anda, sebaiknya Anda tidak melihat kunci jawaban terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan latihan dan tes formatif.

Waktu untuk menyelesaikan bab ini adalah satu semester. Gunakan waktu dengan sebaik-baiknya. Anda dinyatakan berhasil apabila memperoleh nilai ≥ 80 atau 80 % dapat menyelesaikan pertanyaan atau tugas yang diberikan.

Saya yakin Anda dapat memahami bab ini dengan baik!

Selamat belajar Semoga berhasil!

Topik 1

Pengkajian pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen

Silakan Anda pelajari materi pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen secara cermat dan penuh motivasi, agar Anda lebih memahaminya!

Pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen meliputi riwayat perawatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

A. RIWAYAT PERAWATAN

1. Keletihan (*Fatigue*)

Klien melaporkan bahwa ia kehilangan daya tahan. Untuk mengukur keletihan secara objektif, klien diminta untuk menilai keletihan dengan skala 1 – 10.

2. Dispnea

Dispnea merupakan tanda klinis hipoksia dan termanifestasi dengan sesak napas, yaitu pernapasan sulit dan tidak nyaman. Tanda klinis dispnea, seperti usaha napas berlebihan, penggunaan otot bantu napas, pernapasan cuping hidung, peningkatan frekuensi dan kedalaman pernapasan, napas pendek.

Skala analog visual dapat membantu klien membuat pengkajian objektif dispnea, yaitu garis vertikal dengan skala 0 – 100 mm. Saat terjadinya dispnea (bernapas disertai usaha napas, sedang stres, infeksi saluran napas, saat berbaring datar/orthopnea).

3. Batuk

Batuk merupakan pengeluaran udara dari paru yang tiba-tiba dan dapat didengar. Batuk merupakan refleks untuk membersihkan trakhea, bronkhus, dan paru untuk melindungi organ tersebut dari iritan dan sekresi. Pada sinusitis kronis, batuk terjadi pada awal pagi atau segera setelah bangun tidur, untuk membersihkan lendir jalan napas yang berasal dari drainage sinus. Pada bronkhitis kronis umumnya batuk sepanjang hari karena produksi sputum sepanjang hari, akibat akumulasi sputum yang menempel di jalan napas dan disebabkan oleh penurunan mobilitas.

Perawat mengidentifikasi apakah batuk produktif atau tidak, frekuensi batuk, putum (jenis, jumlah, mengandung darah/hemoptisis).

4. Mengi (*Wheezing*)

Wheezing ditandai dengan bunyi bernada tinggi, akibat gerakan udara berkecepatan tinggi melalui jalan napas yang sempit. Wheezing dapat terjadi saat inspirasi, ekspirasi, atau keduanya. Wheezing dikaitkan dengan asma, bronkhitis akut, atau pneumonia.

5. Nyeri

Nyeri dada perlu dievaluasi dengan memperhatikan lokasi, durasi, radiasi, dan frekuensi nyeri. Nyeri dapat timbul setelah latihan fisik, trauma, dan rangkaian batuk yang berlangsung lama. Nyeri diperburuk oleh gerakan inspirasi dan kadang-kadang dengan mudah dipersepsikan sebagai nyeri dada pleuritik.

6. Pemaparan Geografi atau Lingkungan

Pemaparan lingkungan didapat dari asap rokok (pasif/aktif), karbon monoksida (asap perapian/cerobong), dan radon (radioaktif). Riwayat pekerjaan berhubungan dengan asbestosis, batubara, serat kapas, atau inhalasi kimia.

7. Infeksi Pernapasan

Riwayat keperawatan berisi tentang frekuensi dan durasi infeksi saluran pernapasan. Flu dapat mengakibatkan bronkhitis dan pneumonia. Pemaparan tuberkulosis dan hasil tes tuberkulin, risiko infeksi HIV dengan gejala infeksi pneumocystic carinii atau infeksi mikobakterium pneumonia perlu dikaji.

8. Faktor risiko

Riwayat keluarga dengan tuberkulosis, kanker paru, penyakit kardiovaskular merupakan faktor risiko bagi klien.

9. Obat-obatan

Komponen ini mencakup obat yang diresepkan, obat yang dibeli secara bebas, dan obat yang tidak legal. Obat tersebut mungkin memiliki efek yang merugikan akibat kerja obat itu sendiri atau karena interaksi dengan obat lain. Obat ini mungkin mempunyai efek racun dan dapat merusak fungsi kardiopulmoner.

B. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

1. Inspeksi

Observasi dari kepala sampai ujung kaki untuk mengkaji kulit dan warna membran mukosa (pucat, sianosis), penampilan umum, tingkat kesadaran (gelisah), keadekuatan sirkulasi sistemik, pola pernapasan, dan gerakan dinding dada.

2. Palpasi

Dengan palpasi dada, dapat diketahui jenis dan jumlah kerja thoraks, daerah nyeri tekan, taktil fremitus, getaran dada (thrill), angkat dada (heaves), dan titik impuls jantung maksimal, adanya massa di aksila dan payudara. Palpasi ekstremitas untuk mengetahui sirkulasi perifer, nadi perifer (takhikardia), suhu kulit, warna, dan pengisian kapiler.

3. Perkusi

Perkusi untuk mengetahui adanya udara, cairan, atau benda padat di jaringan. Lima nada perkusi adalah resonansi, hiperresonansi, redup, datar, timpani.

4. Auskultasi

Auskultasi untuk mendengarkan bunyi paru. Pemeriksa harus mengidentifikasi lokasi, radiasi, intensitas, nada, dan kualitas. Auskultasi bunyi paru dilakukan dengan mendengarkan gerakan udara di sepanjang lapangan paru : anterior, posterior, dan lateral. Suara napas tambahan terdengar jika paru mengalami kolaps, terdapat cairan, atau obstruksi.

C. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Pemeriksaan diagnostik dilakukan untuk mengukur keadekuatan ventilasi dan oksigenasi.

1. Pemeriksaan fungsi paru

Pemeriksaan fungsi paru dilakukan dengan menggunakan spirometer. Klien bernapas melalui masker mulut yang dihubungkan dengan spirometer. Pengukuran yang dilakukan mencakup volume tidal (V_T), volume residual (RV), kapasitas residual fungsional (FRC), kapasitas vital (VC), kapasitas paru total (TLC).

2. Kecepatan Aliran Ekspirasi Puncak (*Peak Expiratory Flow Rate/PEFR*)

PEFR adalah titik aliran tertinggi yang dicapai selama ekspirasi maksimal dan titik ini mencerminkan terjadinya perubahan ukuran jalan napas menjadi besar.

3. Pemeriksaan Gas Darah Arteri

Pengukuran gas darah untuk menentukan konsentrasi hidrogen (H^+), tekanan parsial oksigen (PaO_2) dan karbon dioksida ($PaCO_2$), dan saturasi oksihemoglobin (SaO_2), pH, HCO_3^- .

4. Oksimetri

Oksimetri digunakan untuk mengukur saturasi oksigen kapiler (SaO_2), yaitu persentase hemoglobin yang disaturasi oksigen.

5. Hitung Darah Lengkap

Darah vena untuk mengetahui jumlah darah lengkap meliputi hemoglobin, hematokrit, leukosit, eritrosit, dan perbedaan sel darah merah dan sel darah putih.

6. Pemeriksaan sinar X dada

Sinar X dada untuk mengobservasi lapang paru untuk mendeteksi adanya cairan (pneumonia), massa (kanker paru), fraktur (klavikula dan costae), proses abnormal (TBC).

7. Bronkoskopi

Bronkoskopi dilakukan untuk memperoleh sampel biopsi dan cairan atau sampel sputum dan untuk mengangkat plak lendir atau benda asing yang menghambat jalan napas.

8. CT Scann

CT scann dapat mengidentifikasi massa abnormal melalui ukuran dan lokasi, tetapi tidak dapat mengidentifikasi tipe jaringan.

9. Kultur Tenggorok

Kultur tenggorok menentukan adanya mikroorganisme patogenik, dan sensitivitas terhadap antibiotik.

10. Spesimen Sputum

Spesimen sputum diambil untuk mengidentifikasi tipe organisme yang berkembang dalam sputum, resistensi, dan sensitivitas terhadap obat.

11. Skin Tes

Pemeriksaan kulit untuk menentukan adanya bakteri, jamur, penyakit paru viral, dan tuberkulosis.

12. Torasentesis

Torasentesis merupakan perforasi bedah dinding dada dan ruang pleura dengan jarum untuk mengaspirasi cairan untuk tujuan diagnostik atau tujuan terapeutik atau untuk mengangkat spesimen untuk biopsi.

Latihan

- 1) Sebutkan pengkajian riwayat keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen!
- 2) Sebutkan cara dan tujuan pengkajian fisik pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen!
- 3) Apa tujuan dilakukan pemeriksaan diagnostik pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen?

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Silahkan pelajari dan perhatikan kembali materi pengkajian riwayat keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen!
- 2) Silahkan pelajari dan perhatikan kembali materi pengkajian fisik pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen!
- 3) Pemeriksaan diagnostik dilakukan untuk mengukur keadekuatan ventilasi dan oksigenasi.

Ringkasan

Pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen meliputi riwayat perawatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Riwayat perawatan meliputi kelelahan, dispnea, batuk, mengi (wheezing), nyeri, pemaparan geografi atau lingkungan, infeksi pernapasan, faktor risiko, obat-obatan.

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

Pemeriksaan diagnostik untuk mengukur keadekuatan ventilasi dan oksigenasi. Pemeriksaan diagnostik meliputi pemeriksaan fungsi paru, kecepatan aliran ekspirasi puncak (peak expiratory flow rate/PEFR), pemeriksaan gas darah arteri, oksimetri, hitung darah lengkap, pemeriksaan sinar X dada, bronkoskopi, CT scann, kultur tenggorok, spesimen sputum, skin tes, torasentesis.

Tes 1

- 1) Apakah manifestasi tanda klinis hipoksia?
 - A. Batuk
 - B. Nyeri
 - C. Fatigue
 - D. Dispnea

- 2) Disebut apakah refleks untuk membersihkan trakhea, bronkhus, dan paru untuk melindungi organ tersebut dari iritan dan sekresi?
 - A. Batuk
 - B. Nyeri
 - C. Fatigue
 - D. Dispnea

- 3) Apakah data riwayat batuk yang ditemukan pada pasien dengan bronkhitis kronis?
 - A. Batuk terjadi di malam hari
 - B. Batuk terjadi sepanjang hari
 - C. Batuk terjadi pada awal pagi
 - D. Batuk segera setelah bangun tidur

- 4) Apakah teknik yang digunakan untuk mengkaji taktil fremitus?
 - A. Palpasi
 - B. Perkusi
 - C. Inspeksi
 - D. Auskultasi

- 5) Apakah yang digunakan untuk mengukur saturasi oksigen kapiler (SaO₂)?
- A. Oksimetri
 - B. Spirometer
 - C. Hitung darah lengkap
 - D. Pemeriksaan gas darah

Topik 2

Diagnosa Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen

Sekarang Anda memasuki Topik 2 tentang diagnosa keperawatan, yang merupakan tahap kedua dari proses keperawatan setelah pengkajian. Pelajarilah baik-baik bahasan berikut ini!

Diagnosa keperawatan gangguan kebutuhan oksigen mengacu pada fungsi respirasi dalam memenuhi kebutuhan oksigen tubuh (NANDA, 2007).

A. DIAGNOSA KEPERAWATAN UTAMA

Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen adalah:

1. Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

Definisi:

Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah keadaan dimana seseorang tidak mampu untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernapasan guna mempertahankan kepatenan jalan napas.

Berhubungan dengan:

- a. penurunan energi;
- b. kelemahan;
- c. infeksi trakheobronkhial;
- d. obstruksi;
- e. sekresi;
- f. kerusakan persepsi atau kognitif;
- g. trauma.

Ditandai dengan:

- a. suara napas abnormal: rales, crackles, ronkhi, wheezing;
- b. perubahan irama dan kedalaman pernapasan;
- c. takhipea;
- d. efektif/inefektif batuk dengan atau tanpa sputum;
- e. dispnea;
- f. kesulitan bersuara.

2. Kerusakan pertukaran gas

Definisi:

Kerusakan pertukaran gas adalah keadaan dimana seseorang mengalami penurunan pertukaran oksigen dan/atau karbon dioksida antara alveoli paru dan sistem vaskular.

Berhubungan dengan:

- a. ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi;
- b. kerusakan alveoli;
- c. pemasukan oksigen tidak adekuat.

Ditandai dengan:

- a. bingung;
- b. somnolen;
- c. gelisah;
- d. iritabilitas;
- e. tidak mampu mengeluarkan sekresi;
- f. hiperkapnea, hipoksia;
- g. sianosis;
- h. Nilai gas darah abnormal.

3. Ketidakefektifan pola napas

Definisi:

ketidakefektifan pola napas adalah keadaan dimana pola inhalasi dan/atau ekshalasi seseorang tidak memungkinkan untuk mengembang atau mengempiskan paru secara adekuat.

Berhubungan dengan:

- a. kerusakan neuromuscular;
- b. nyeri;
- c. kerusakan musculoskeletal;
- d. kerusakan persepsi atau kognitif;
- e. kecemasan;
- f. penurunan energi;
- g. kelemahan.

Ditandai dengan:

- a. dispnea;
- b. napas pendek;
- c. takhipnea;
- d. fremitus;
- e. nasal flaring (pernapasan cuping hidung);
- f. perubahan kedalaman pernapasan;
- g. pernapasan pursed-lip atau;
- h. ekspirasi panjang;
- i. peningkatan diameter anteroposterior;
- j. penggunaan otot-otot asesoris;
- k. perubahan bentuk dada;
- l. posisi tubuh.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG BERHUBUNGAN

Diagnosa keperawatan lain pada klien yang berhubungan dengan disfungsi pernapasan adalah :

1. Risiko Infeksi

Definisi:

Risiko infeksi adalah suatu kondisi individu yang mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik.

Berhubungan dengan:

- a. penyakit kronis;
- b. imunitas tidak adekuat: trauma jaringan, penurunan kerja silia, perubahan pH pada sekresi, hemoglobin turun, leukopenia, respons inflamasi tersupresi;
- c. paparan terhadap lingkungan dan patogen;
- d. malnutrisi.

2. Perubahan Nutrisi (Kurang dari Kebutuhan Tubuh)

Definisi:

Perubahan nutrisi (kurang) adalah keadaan individu yang mengalami kekurangan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolik.

Berhubungan dengan:

- a. ketidakmampuan untuk menelan atau mencerna makanan;
- b. penyakit kronis;
- c. kebutuhan metabolik tinggi;
- d. kurangnya pengetahuan dasar tentang nutrisi;
- e. gangguan psikologis.

Ditandai dengan:

- a. berat badan \geq 20% dari ideal terhadap tinggi badan;
- b. asupan makanan kurang/tidak adekuat;
- c. kehilangan berat badan dengan asupan makanan adekuat;
- d. nyeri abdomen dengan atau tanpa penyakit;
- e. merasa kenyang segera setelah makan;
- f. tidak tertarik untuk makan;
- g. bising usus hiperaktif;
- h. konjungtiva dan membran mukosa pucat;
- i. tonus otot buruk.

3. Nyeri

Definisi:

Nyeri adalah pengalaman sensori serta emosi yang tidak menyenangkan dan meningkat akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial.

Berhubungan dengan:

agen yang menyebabkan cedera (biologis, kimia, fisik, psikologis).

Ditandai dengan:

- a. mengungkapkan secara verbal atau melaporkan;
- b. gerakan/posisi menghindari, menjaga, atau melindungi nyeri;
- c. perubahan autonomik tonus otot : tidak berenergi sampai kaku;
- d. respons autonomik : diaforesis, perubahan vital sign, dilatasi pupil;
- e. perubahan nafsu makan;
- f. ekspresi: merintih, menangis, iritabilitas, menarik napas panjang;
- g. gangguan tidur.

4. Gangguan Pola Tidur

Definisi:

Gangguan pola tidur adalah gangguan jumlah dan kualitas tidur.

Berhubungan dengan:

- a. demam;
- b. mual;
- c. napas pendek;
- d. cemas, depresi;
- e. pengobatan.

Ditandai dengan:

- a. bangun lebih awal atau lebih lambat;
- b. keluhan : tidur tidak puas, sulit tidur, tidak dapat beristirahat;
- c. penurunan proporsi tidur : emosi labil, mengantuk, penurunan motivasi;
- d. total waktu tidur kurang;
- e. awitan tidur > 30 menit, Bangun \geq 3 kali di malam hari.

5. Risiko Intoleran Aktivitas

Definisi:

Risiko intoleran aktivitas adalah keadaan individu yang berisiko mengalami ketidakcukupan energi fisiologis atau psikologis untuk bertahan atau memenuhi kebutuhan atau aktivitas sehari-hari yang diinginkan.

Berhubungan dengan:

- a. riwayat intoleran sebelumnya;
- b. tidak berpengalaman terhadap aktivitas;
- c. keadaan penurunan kondisi;
- d. adanya masalah sirkulasi/respirasi.

6. Defisit *Self Care*

Definisi:

Defisit self care adalah suatu keadaan seseorang yang mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri.

Berhubungan dengan:

- a. penurunan atau kurang motivasi;
- b. kerusakan neuromuscular;
- c. nyeri;
- d. gangguan persepsi atau kognitif;
- e. cemas berat;
- f. kelemahan dan kelelahan.

Ditandai dengan:

Ketidakmampuan untuk melakukan tugas: makan, mandi/higiene, berpakaian/berhias, toileting.

7. Cemas

Definisi:

Cemas adalah keresahan/perasaan tidak nyaman/khawatir, disertai respons autonomis, sumber tidak spesifik/tidak diketahui, sebagai antisipasi terhadap bahaya.

Berhubungan dengan:

- a. terpapar toksin;
- b. stres;
- c. ancaman kematian;
- d. ancaman atau perubahan pada status kesehatan;
- e. ancaman konsep diri.

Ditandai dengan:

- a. mengekspresikan keluhan;
- b. gerakan berlebihan;
- c. perasaan tidak adekuat : gelisah, ketakutan;
- d. kontak mata yang buruk;
- e. iritabilitas;
- f. nyeri dan peningkatan ketidakberdayaan;
- g. gangguan tidur: Insomnia;
- h. gemetar/tremor;
- i. suara bergetar;
- j. penurunan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, respirasi;
- k. gangguan berkemih: frekuensi, urgensi, tidak puas;
- l. muka merah, wajah tegang, berkeringat.

8. Ketidakefektifan Koping Individu

Definisi:

Ketidakefektifan koping individu adalah ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat terhadap stresor, pilihan respons untuk bertindak tidak adekuat, dan/atau ketidakmampuan menggunakan sumber yang tersedia.

Berhubungan dengan:

- a. gangguan dalam pola penilaian terhadap ancaman;
- b. tingginya derajat ancaman;
- c. tidak adekuatnya dukungan dan/atau sumber yang tersedia;
- d. ketidakpastian;
- e. tidak adekuatnya kesempatan menyiapkan diri menghadapi stresor;
- f. tidak adekuatnya kepercayaan terhadap kemampuan melakukan koping;
- g. ketidakmampuan menyimpan energi yang adaptif.

Ditandai dengan:

- a. perubahan dalam kebiasaan pola komunikasi;
- b. kelelahan;
- c. mengungkapkan ketidakmampuan mengatasi atau meminta bantuan;
- d. penurunan penggunaan dukungan;
- e. tingginya angka kesakitan;
- f. ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar;
- g. ketidakadekuatan menyelesaikan masalah;
- h. gangguan tidur;
- i. menggunakan bentuk koping yang menyimpang dari perilaku adaptif.

9. Defisit Pengetahuan tentang Rencana Pengobatan

Definisi:

Defisit pengetahuan adalah tidak ada atau kurangnya informasi pengetahuan tentang topik yang spesifik.

Berhubungan dengan:

- a. pembatasan secara kognitif;
- b. salah dalam memahami informasi yang ada;
- c. kurangnya perhatian di dalam belajar;
- d. kurangnya kemampuan mengingat kembali;
- e. kurangnya pemahaman terhadap sumber informasi.

Ditandai dengan:

- a. mengungkapkan masalahnya secara verbal;
- b. tidak mengikuti instruksi yang diberikan secara akurat;
- c. perilaku tidak tepat atau terlalu berlebihan.

Latihan

- 1) Apakah diagnosa keperawatan utama pada gangguan kebutuhan oksigen?
- 2) Sebutkan 5 diagnosa keperawatan lainnya yang berhubungan dengan gangguan kebutuhan oksigen!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Lihat dan bacalah kembali diagnosa keperawatan utama yang muncul pada gangguan kebutuhan oksigen di atas!
- 2) Lihat dan bacalah kembali diagnosa keperawatan lainnya yang berhubungan dengan gangguan kebutuhan oksigen di atas!

Ringkasan

Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas, kerusakan pertukaran gas, dan ketidakefektifan pola napas.

Diagnosa keperawatan lain pada klien yang berhubungan dengan disfungsi pernapasan adalah risiko infeksi, perubahan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh), nyeri, gangguan pola tidur, defisit self care, gangguan harga diri, ketidakefektifan koping individu, hambatan penyesuaian diri.

Tes 2

- 1) Disebut apakah suatu keadaan dimana seseorang tidak mampu membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernapasan guna mempertahankan kepatenan jalan napas?
 - A. Intolerans aktivitas
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Kerusakan pertukaran gas
 - D. Bersihan jalan napas tidak efektif
- 2) Disebut apakah suatu keadaan dimana inhalasi dan/atau ekshalasi seseorang tidak memungkinkan untuk mengembang atau mengempiskan paru secara adekuat?
 - A. Intolerans aktivitas
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Kerusakan pertukaran gas
 - D. Bersihan jalan napas tidak efektif

- 3) Pasien usia 25 tahun, bronkhopneumonia, mengeluh sesak napas. Hasil pengkajian pernapasan pendek dengan frekuensi 28 kali per menit, pernapasan cuping hidung, diafragma tertarik ke atas.
Apakah diagnosa keperawatan yang utama pada pasien tersebut?
- A. Intolerans aktivitas
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Kerusakan pertukaran gas
 - D. Bersihan jalan napas tidak efektif
- 4) Pasien usia 19 tahun, asma, mengeluh sesak napas. Hasil pengkajian gelisah, bingung, pernapasan 30 kali per menit, bunyi napas wheezing, bibir sianosis.
Apakah diagnosa keperawatan yang utama pada pasien tersebut?
- A. Intolerans aktivitas
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Kerusakan pertukaran gas
 - D. Bersihan jalan napas tidak efektif
- 5) Pasien usia 19 tahun, asma, mengeluh sesak napas. Hasil pengkajian gelisah, bingung, pernapasan 30 kali per menit, bunyi napas wheezing, bibir sianosis.
Apakah pemeriksaan diagnostik untuk menunjang data sianosis di atas?
- A. Pemeriksaan gas darah arteri
 - B. Pemeriksaan spesimen sputum
 - C. Hitung darah lengkap: leukosit
 - D. Pemeriksaan fungsi paru: spirometer
- .

Topik 3

Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen

Setelah Anda mempelajari diagnosa keperawatan pada Topik 3 ini, Anda akan mempelajari intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen. Pelajarilah dengan seksama materi berikut ini!

Intervensi keperawatan meliputi tujuan dan rencana tindakan keperawatan.

1. Tujuan:

- a. Klien akan menunjukkan pengetahuan tentang pencegahan disfungsi pernapasan.
- b. Jaringan klien akan mempunyai oksigenasi yang adekuat.
- c. Klien akan mengeluarkan sekresi pulmonar
- d. Klien akan mempunyai coping yang efektif dengan perubahan konsep diri dan gaya hidup.

2. Rencana Tindakan Keperawatan

a. *Promosi kesehatan dalam lingkungan perawatan primer*

Upaya mempertahankan tingkat kesehatan optimal klien adalah penting dalam upaya menurunkan jumlah dan/atau keparahan gejala gangguan pernapasan. Upaya yang dilakukan adalah pencegahan infeksi pernapasan, dan memberikan penyuluhan tentang informasi kesehatan yang terkait dengan pernapasan.

1) Vaksin influenza dan pneumokokus

Pemberian vaksin influenza setiap tahun direkomendasikan untuk klien lansia dan klien yang mengalami penyakit kronik.

Vaksin pneumokokus direkomendasikan untuk klien yang berisiko tinggi mengidap pneumonia, mengalami penyakit kronis atau immunosupresi, tinggal di lingkungan khusus, seperti panti werdha, dan klien berusia di atas 65 tahun.

Vaksin influenza maupun pneumokokus dapat digunakan pada wanita hamil, dapat diberikan setelah trimester I.

2) Polutan lingkungan

Sangat penting untuk menghindari pemaparan asap rokok dalam upaya mempertahankan fungsi kardiopulmonar optimal. Konseling dan dukungan membantu perokok supaya dapat berhenti merokok atau mengubah perilakunya, misalnya tidak merokok di tempat umum atau banyak orang, merokok di luar rumah atau di area merokok.

Pemaparan bahan kimia dan polutan di lingkungan kerja juga harus dipertimbangkan. Individu atau pekerja yang menggunakan masker penyaring partikel sangat terbantu dalam mengurangi inhalasi partikel.

b. Perawatan akut dan tersier

1) Mempertahankan kepatenan jalan napas

Jalan napas yang paten ketika trakhea, bronkhus, dan jalan napas yang besar bebas dari obstruksi.

(a) Teknik batuk

Batuk efektif untuk mempertahankan kepatenan jalan napas. Batuk memungkinkan klien mengeluarkan sekresi dari jalan napas bagian atas dan bawah. Klien yang mengalami penyakit pulmonar kronik, infeksi saluran napas harus didorong untuk napas dalam dan batuk efektif sekurang-kurangnya setiap 2 jam saat terjaga. Klien dengan sputum jumlah besar harus didorong untuk batuk setiap jam saat terjaga dan setiap 2-3 jam saat tidur sampai fase akut produksi lendir berakhir. Teknik batuk mencakup teknik napas dalam dan batuk untuk klien paska operasi, batuk *cascade*, batuk *huff*, dan batuk *quad*.

(1) Batuk *cascade*

Klien mengambil napas dalam dengan lambat dan menahannya selama dua detik sambil mengontraksikan otot-otot ekspirasi. Kemudian klien membuka mulut dan melakukan serangkaian batuk melalui ekshalasi, dengan demikian klien batuk pada volume paru yang menurun secara progresif. Teknik ini meningkatkan bersihan jalan napas dan meningkatkan kepatenan jalan napas pada klien dengan volume sputum yang banyak.

(2) Batuk *huff*

Batuk *huff* menstimulasi refleks batuk alamiah dan umumnya efektif hanya untuk membersihkan jalan napas pusat. Saat mengeluarkan udara, klien membuka glotis dengan mengatakan kata *huff*. Dengan batuk ini, klien menghirup lebih banyak udara dan bahkan mampu meningkat ke batuk *cascade*.

(3) Batuk *quad*

Teknik batuk *quad* digunakan untuk klien tanpa kontrol otot abdomen, seperti pada klien yang mengalami cedera medulla spinalis. Saat klien mengeluarkan napas dengan upaya ekspirasi maksimal, klien atau perawat mendorong ke luar dan ke atas pada otot abdomen melalui diafragma, sehingga menyebabkan batuk.

(b) Teknik pengisapan (*suction*)

Suction dilakukan pada klien yang tidak mampu mengeluarkan sekresi dari saluran pernapasan dengan batuk.

(1) Suction nasofaring dan orofaring

Suction orofaring dan nasofaring digunakan saat klien mampu batuk efektif, tetapi tidak mampu mengeluarkan sekresi dengan mencairkan sputum atau menelannya. *Suction* digunakan setelah klien batuk. Apabila sekresi paru berkurang dan klien tidak terlalu letih, klien mungkin mampu mencairkan atau menelan lendir sehingga tidak membutuhkan suction.

- (2) *Suction nasotrakhea dan orotrakhea*
Suction nasotrakhea dan orotrakhea dibutuhkan pada klien dengan sekresi pulmonar yang tidak mampu batuk dan tidak menggunakan jalan napas buatan.
 - (3) *Suction* jalan napas
Suction jalan napas dilakukan pada jalan napas buatan, seperti selang endotrakhea atau selang trakheostomi.
- (c) Jalan napas buatan
Jalan napas buatan diindikasikan untuk klien dengan penurunan tingkat kesadaran, obstruksi jalan napas, menggunakan ventilasi mekanik, dan mengangkat sekresi trakhea-bronkhial.
- (1) Jalan napas oral
Jalan napas oral mencegah obstruksi trakhea dengan memindahkan lidah ke dalam orofaring, sehingga memungkinkan untuk mempertahankan posisi lidah yang normal.
 - (2) Jalan napas trakhea
Karena ada jalan napas trakhea, mukosa trakhea tidak lagi dihumidifikasi secara normal. Perawat memastikan bahwa jalan napas dilembabkan dengan melakukan nebulisasi atau dengan sistem pemberian oksigen. Humidifikasi bertujuan untuk proteksi dan membantu mengurangi risiko penyumbatan jalan napas.
- 2) Mobilisasi sekresi pulmonar
- (a) Hidrasi
Klien dengan hidrasi adekuat, sekresi paru encer, berwarna putih, berair, dan mudah dikeluarkan dengan batuk minimal. Cara yang paling baik untuk mempertahankan sekresi encer ialah dengan memberi masukan cairan 1500-2000 ml per hari, kecuali kontra indikasi karena status jantung.
 - (b) Humidifikasi
Humidifikasi adalah proses penambahan air ke gas. Humidifikasi diperlukan bagi klien yang menerima terapi oksigen. Oksigen dengan kelembaban relatif tinggi membuat jalan napas tetap lembab dan membantu melepaskan sekresi dan dikeluarkan dari paru.
 - (c) Nebulisasi
Nebulisasi merupakan proses menambahkan pelembab atau obat ke udara yang diinspirasi dengan mencampur partikel berbagai ukuran dengan udara. Pelembab yang ditambahkan melalui nebulisasi akan meningkatkan bersihan sekresi pulmoner. Nebulisasi digunakan untuk pemberian bronkhodilator dan mukolitik.

3) Mempertahankan atau meningkatkan pengembangan paru

(a) Pengaturan posisi

Mengubah posisi akan mempertahankan ventilasi dan oksigenasi adekuat. Perubahan posisi bertujuan mengurangi risiko statis sekresi pulmonar dan mengurangi risiko penurunan pengembangan dinding dada. Posisi paling efektif bagi klien dengan penyakit kardiopulmoner ialah posisi semi fowler (45 derajat), yakni menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan abdomen pada diafragma.

(b) Fisioterapi dada

Fisioterapi dada terdiri dari postural drainase, perkusi dada, dan vibrasi, yang digunakan untuk memobilisasi sekresi pulmoner. Fisioterapi dada diikuti dengan batuk efektif bagi yang mempunyai kemampuan untuk batuk, dan diikuti suction bagi yang mengalami penurunan kemampuan untuk batuk.

(1) Perkusi dada (*clapping*)

Perkusi dilakukan dengan tangan membentuk mangkok dan mengetuk/memukul dinding dada di atas daerah yang akan didrainase. Perkusi akan mengirimkan gelombang berbagai amplitudo dan frekuensi sehingga mengubah konsistensi dan lokasi sputum. Perkusi dilakukan 1-5 menit tiap area. Kontra indikasi perkusi adalah gangguan perdarahan, osteoporosis, atau fraktur tulang iga. Perkusi dihindari daerah skapula, payudara, sternum, collumna spinal dan ginjal untuk mencegah perlukaan.

(2) Vibrasi

Vibrasi merupakan tekanan halus tangan yang menggoyang, diberikan pada dinding dada selama ekshalasi. Vibrasi meningkatkan pengeluaran udara yang terperangkap, menggoyang mukus sehingga lepas dan menyebabkan batuk dan pengeluaran sekresi. Vibrasi dilakukan 4-5 x selama postural drainage.

(3) Postural darainase

Postural drainase adalah penggunaan teknik pengaturan posisi gravitasi yang mengalirkan sekresi dari segmen tertentu di paru dan bronkhus ke dalam trakhea. Postural drainage dilakukan 2-3 kali sehari, tergantung beratnya sumbatan paru terutama sebelum makan pagi, sebelum makan siang dan sebelum tidur. Sebelum postural drainage, perkusi dilakukan 30 menit sebelum diberikan nebulizer dan napas dalam selama 20 menit.

(c) Selang dada (WSD/water sail drainage)

Selang dada adalah kateter yang diinsersi melalui thorak untuk mengeluarkan udara dan cairan dari ruang pleura, mencegah udara atau cairan supaya tidak masuk ruang pleura, dan membentuk kembali tekanan normal pada intrapleura dan intrapulmoner.

4) Mempertahankan dan meningkatkan oksigenasi

Terapi oksigen digunakan untuk mempertahankan oksigenasi jaringan yang sehat. Tujuan terapi oksigen ialah mencegah atau mengatasi hipoksia. Dosis atau konsentrasi oksigen harus dipantau secara kontinyu. Diberlakukan lima benar pemberian oksigen.

Metode pemberian oksigen :

(a) Kanule nasal

Kedua kanule dengan panjang sekitar 1,5 cm, muncul dari bagian tengah selang disposibel dan diinsersikan ke dalam hidung. Oksigen diberikan dengan kecepatan aliran 4-6 liter/menit. Perawat harus mengetahui kecepatan aliran dan harus mewaspadai kerusakan kulit di atas telinga dan di hidung akibat pemasangan nasal kanula yang terlalu ketat.

(b) Kateter nasal

Insersi kateter oksigen ke dalam hidung sampai nasofaring. Fiksasi kateter akan memberi tekanan pada nostril, maka kateter harus diganti minimal 8 jam dan diinsersi ke dalam nostril lain.

(c) Oksigen transtrakhea (OTT)

OTT merupakan metode pemberian oksigen dengan kateter kecil berukuran intravena diinsersi langsung ke dalam trakhea melalui lubang trakheostomi. Keuntungan OTT adalah tidak ada oksigen yang hilang ke atmosfer dan klien memperoleh oksigenasi yang adekuat.

(d) Masker oksigen

Masker oksigen merupakan peralatan yang digunakan untuk memberikan oksigen, kelembaban, atau kelembaban yang dipanaskan. Masker dirancang supaya dapat benar-benar pas terpasang menutupi mulut dan hidung dan difiksasi dengan menggunakan tali pengikat.

Macam-macam masker oksigen :

(1) Masker oksigen sederhana

Masker oksigen ini digunakan untuk terapi oksigen jangka pendek. Masker dipasang longgar dan memberikan konsentrasi oksigen 30-60%. Masker oksigen ini kontra indikasi bagi klien dengan retensi karbondioksida karena akan memperburuk retensi.

(2) Masker oksigen plastik yang berkantung reservoir

Masker oksigen ini memberi konsentrasi oksigen lebih tinggi. Klien yang tidak mampu bernapas kembali (*nonrebreather*), masker oksigen ini dapat menghantarkan oksigen 80-90%, dan 70% pada klien yang mampu bernapas kembali (*rebreather*) dengan kecepatan aliran 10 liter/menit. Kantung oksigen harus diperhatikan untuk memastikan bahwa kantung mengembang, apabila kantung mengempis klien akan menghirup sejumlah besar karbondioksida.

(3) Masker oksigen venturi

Masker oksigen ini digunakan untuk menghantarkan konsentrasi oksigen 24-55% dengan kecepatan aliran oksigen 2-14 liter/menit.

5) Memperbaiki fungsi kardiopulmonar

Hipoksia berat dan lama menyebabkan henti jantung, dan harus segera dilakukan resusitasi jantung paru (RJP). RJP merupakan prosedur kedaruratan yang berupa pernapasan buatan dan masase jantung eksternal yang manual. "ABC" pada RJP adalah upaya membentuk jalan napas yang lancar, memulai bantuan pernapasan, dan mempertahankan sirkulasi. Tujuan RJP adalah mengalirkan darah yang mengandung oksigen ke otak untuk mencegah kerusakan jaringan permanen.

c. *Perawatan restoratif/rehabilitatif*

Perawatan restoratif adalah upaya yang menekankan pada pengkondisian kembali jantung paru sebagai program rehabilitasi terstruktur.

1) Latihan otot pernapasan

Latihan otot pernapasan meningkatkan kekuatan dan daya tahan otot, sehingga menghasilkan peningkatan toleransi aktivitas. Latihan otot pernapasan dapat mencegah kegagalan pernapasan pada klien yang mengalami penyakit paru obstruktif. Salah satu metode latihan otot pernapasan ialah alat pernapasan resistif spirometer yang mendorong (*incentive spirometer resistive breathing device / ISRBD*). Pernapasan resistif dilakukan dengan menempatkan ISRBD ke dalam spirometer yang mendorong tergantung volume. Latihan otot dilakukan saat klien menggunakan ISRBD secara rutin dan terjadwal, misalnya 2-4 kali sehari selama 15 menit.

2) Latihan pernapasan

Latihan pernapasan dilakukan untuk meningkatkan ventilasi dan oksigenasi. Tiga teknik dasar yang dilakukan adalah latihan napas dalam dan batuk, pernapasan pursed-lip, dan pernapasan diafragmatik

Pernapasan *pursed-lip* meliputi inspirasi dalam dan ekspirasi yang lama melalui bibir membentuk huruf O untuk mencegah kolaps alveolar. Klien duduk dan diinstruksikan mengambil napas dalam dan kemudian mengeluarkannya dengan perlahan melalui bibir membentuk huruf O. Klien perlu memiliki kontrol terhadap fase ekshalasi sehingga ekshalasi lebih lama dari pada inhalasi. Klien menghitung waktu inhalasi dan secara bertahap menghitung selama ekshalasi.

Pernapasan diafragmatik, klien merelaksasikan otot interkosta dan otot bantu pernapasan saat inspirasi dalam. Klien mengembangkan diafragma selama inspirasi. Klien diajarkan menempatkan satu tangan datar di bawah tulang payudara di atas pinggang dan tangan yang lain 2 atau 3 cm di bawah tangan yang pertama. Klien diminta menghirup udara sementara tangan bawah bergerak ke luar selama inspirasi. Klien melihat adanya gerakan ke dalam seiring penurunan diafragma. Mula-mula latihan dalam posisi terlentang, kemudian posisi duduk dan berdiri. Latihan ini sering digunakan dengan teknik pernapasan pursed-lip. Latihan ini meningkatkan efisiensi pernapasan dengan mengurangi udara yang terperangkap dan mengurangi kerja pernapasan.

Latihan

- 1) Sebutkan tujuan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen!
- 2) Apakah posisi yang efektif bagi klien dengan penyakit kardiopulmoner, dan apakah alasan diberikan posisi tersebut?

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Tujuan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen adalah:
 - a. klien akan menunjukkan pengetahuan tentang pencegahan disfungsi pernapasan;
 - b. jaringan klien akan mempunyai oksigenasi yang adekuat;
 - c. klien akan mengeluarkan sekresi pulmonary;
 - d. klien akan mempunyai koping yang efektif dengan perubahan konsep diri dan gaya hidup.
- 2) Posisi paling efektif bagi klien dengan penyakit kardiopulmoner ialah semi fowler (45 derajat), yakni menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan abdomen pada diafragma.

Ringkasan

Tujuan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen meliputi:

1. klien menunjukkan pengetahuan tentang pencegahan disfungsi pernapasan;
2. jaringan klien akan mempunyai oksigenasi yang adekuat;
3. klien akan mengeluarkan sekresi pulmonar;
4. klien mempunyai koping efektif dengan perubahan konsep diri/gaya hidup.

Rencana tindakan keperawatan meliputi:

1. Promosi kesehatan/perawatan primer: upaya mempertahankan kesehatan optimal untuk menurunkan jumlah dan/atau keparahan gejala gangguan pernapasan.
2. Perawatan akut dan tersier:
 - a. Mempertahankan kepatenan jalan napas: teknik batuk, teknik suction, jalan napas buatan
 - b. Mobilisasi sekresi pulmonar: hidrasi, humidifikasi, nebulisasi
 - c. Mempertahankan atau meningkatkan pengembangan paru: pengaturan posisi, fisioterapi dada, pemasangan selang WSD

- d. Mempertahankan dan meningkatkan oksigenasi: pemberian oksigen
 - e. Memperbaiki fungsi kardiopulmonar: resusitasi jantung paru (RJP)
3. Perawatan restoratif/rehabilitatif
- a. Latihan otot pernapasan
 - b. Latihan pernapasan

Tes 3

- 1) Disebut apakah upaya mempertahankan tingkat kesehatan optimal dalam upaya menurunkan jumlah dan/atau keparahan gejala gangguan pernapasan?
- A. Perawatan restoratif
 - B. Perawatan rehabilitatif
 - C. Perawatan akut dan tersier
 - D. Promosi kesehatan/perawatan primer
- 2) Apakah tindakan keperawatan untuk mempertahankan kepatenan jalan napas?
- A. Memberikan hidrasi
 - B. Melatih teknik batuk
 - C. Memberikan oksigen
 - D. Melakukan nebulisasi
- 3) Apakah tujuan perawat mengatur posisi tidur semi fowler pada pasien bronkhopneumonia dewasa?
- A. Mobilisasi sekresi pulmonar
 - B. Mempertahankan kepatenan jalan napas
 - C. Mempertahankan dan meningkatkan oksigenasi
 - D. Mempertahankan atau meningkatkan pengembangan paru
- 4) Disebut apakah tangan membentuk mangkok dan mengetuk/memukul dinding dada di atas daerah yang akan didrainase?
- A. Vibrasi
 - B. Perkusi
 - C. Drainase
 - D. Humidifikasi
- 5) Berapa kali vibrasi dilakukan selama postural drainage?
- A. 1
 - B. 4 – 5
 - C. 5 – 10
 - D. 10 – 15

Topik 4

Evaluasi Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen

Pada Topik 4 ini, Anda akan mempelajari tentang evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen. Pelajarilah dengan seksama materi berikut ini!

EVALUASI KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN OKSIGEN

Evaluasi keperawatan dilakukan dengan cara bekerja sama dengan klien untuk mengembangkan tujuan dan kriteria hasil individu, tergantung pada status pernapasan klien saat ini.

1. *Tujuan:* Klien akan mendemonstrasikan pengetahuan tentang pencegahan disfungsi pernapasan.
Kriteria hasil:
 - a. setelah mengikuti pendidikan kesehatan, klien mendemonstrasikan teknik napas dalam dan batuk;
 - b. setelah mengikuti pendidikan kesehatan, klien mendiskusikan efek fisiologis merokok;
 - c. klien bergabung dan secara teratur mengikuti pertemuan program stop merokok selama 6 bulan.
2. *Tujuan:* Klien akan mendemonstrasikan pengetahuan tentang manajemen disfungsi pernapasan secara optimal.
Kriteria hasil:
 - a. setelah mengikuti pendidikan kesehatan, klien membuat daftar tanda-tanda infeksi pernapasan dan mengetahui kapan memanggil dokter;
 - b. setelah mengikuti pendidikan kesehatan, pada beberapa pengobatan yang diberikan untuk masalah pernapasan, klien menggambarkan nama, cara kerja, dan efek samping obat, dosis yang diberikan, dan beberapa pertimbangan khusus untuk pemberian;
 - c. sebelum pulang, klien mendemonstrasikan penggunaan peralatan oksigen di rumah secara aman;
 - d. setelah mengikuti pendidikan kesehatan, klien mendemonstrasikan pernapasan pursed-lip.
3. *Tujuan:* Klien akan mengeluarkan sekresi pulmonar
Kriteria hasil:
 - a. setelah mengikuti pendidikan kesehatan, klien mendemonstrasikan teknik batuk yang tepat;

- b. klien minum paling sedikit 6 gelas air sehari, sebagai indikasi dalam catatan sehari-hari;
 - c. pemberi perawatan atau orangtua mendemonstrasikan teknik fisioterapi dada secara tepat, meliputi perkusi, vibrasi, dan postural drainase, pada home visit berikutnya;
 - d. klien mendemonstrasikan teknik suction sendiri dengan benar sebelum pulang.
4. *Tujuan:* Klien akan menggunakan koping secara efektif dengan perubahan konsep diri dan gaya hidup
- Kriteria hasil:
- a. dalam 6 bulan diagnosis, klien secara verbal mengatakan bagaimana kondisi pernapasan telah menyebabkan perubahan dalam gaya hidup;
 - b. selama 1 minggu diagnosis, klien mengidentifikasi dukungan orang-orang untuk memberikan kekuatan emosi;
 - c. di akhir pendidikan kesehatan, klien membuat daftar agen dan pelayanan komunitas yang ia rencanakan akan digunakan;
 - d. sebelum pulang, klien mendemonstrasikan cara menghemat oksigen antara lain duduk selama mengenakan baju dan merencanakan periode istirahat;
 - e. sebelum pulang, klien secara verbal mengatakan posisi seksual yang membutuhkan pengeluaran sedikit oksigen.

Latihan

Apakah yang perlu dievaluasi/kriteria hasil klien akan mengeluarkan sekresi pulmoner?

Petunjuk Jawaban Latihan

Tujuan: Klien akan mengeluarkan sekresi pulmonar

Kriteria hasil:

- a. setelah mengikuti pendidikan kesehatan, klien mendemonstrasikan teknik batuk yang tepat;
- b. klien minum paling sedikit 6 gelas air sehari, sebagai indikasi dalam catatan sehari-hari;
- c. pemberi perawatan atau orangtua mendemonstrasikan teknik fisioterapi dada secara tepat, meliputi perkusi, vibrasi, dan postural drainase, pada home visit berikutnya;
- d. klien mendemonstrasikan teknik suction sendiri dengan benar sebelum pulang.

Ringkasan

Evaluasi keperawatan dilakukan dengan cara bekerja sama dengan klien untuk mengembangkan tujuan dan kriteria hasil individu, tergantung pada status pernapasan klien saat ini. Tujuan dari evaluasi keperawatan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan pada

intervensi keperawatan, dan kriteria hasil melihat status/kondisi klien saat dilakukan evaluasi.

Tes 4

- 1) Dengan cara bagaimana evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dilakukan?
 - A. Dilakukan oleh klien
 - B. Dilakukan oleh perawat
 - C. Dilakukan oleh keluarga klien
 - D. Perawat bekerja sama dengan klien

- 2) Dalam evaluasi keperawatan, mengembangkan tujuan dan kriteria hasil individu, tergantung pada
 - A. tujuan yang diharapkan
 - B. status pernapasan klien saat ini
 - C. kriteria hasil yang telah ditentukan
 - D. riwayat keperawatan yang telah dikaji

- 3) Apakah kriteria hasil dari tujuan klien akan mendemonstrasikan pengetahuan tentang pencegahan disfungsi pernapasan?
 - A. Klien minum paling sedikit 6 gelas air sehari, sebagai indikasi dalam catatan sehari-hari
 - B. Setelah mengikuti pendidikan kesehatan, klien mendemonstrasikan teknik napas dalam dan batuk
 - C. Sebelum pulang, klien mendemonstrasikan penggunaan peralatan oksigen di rumah secara aman
 - D. Di akhir pendidikan kesehatan, klien membuat daftar agen dan pelayanan komunitas yang ia rencanakan akan digunakan

- 4) Manakah tujuan keperawatan untuk kriteria hasil pemberi perawatan atau orangtua mendemonstrasikan teknik fisioterapi dada secara tepat, meliputi perkusi, vibrasi, dan postural drainase, pada home visit berikutnya?
 - A. Klien akan mengeluarkan sekresi pulmonar
 - B. Klien akan mendemonstrasikan pengetahuan tentang pencegahan disfungsi pernapasan
 - C. Klien akan menggunakan koping secara efektif dengan perubahan konsep diri dan gaya hidup
 - D. Klien akan mendemonstrasikan pengetahuan tentang manajemen disfungsi pernapasan secara optimal

- 5) Apakah kriteria hasil dari tujuan klien akan menggunakan koping secara efektif dengan perubahan konsep diri dan gaya hidup?
- A. Setelah mengikuti pendidikan kesehatan, klien mendiskusikan efek fisiologis merokok.
 - B. Klien bergabung dan secara teratur mengikuti pertemuan program stop merokok selama 6 bulan
 - C. Sebelum pulang, klien mendemonstrasikan cara menghemat oksigen antara lain duduk selama mengenakan baju dan merencanakan periode istirahat
 - D. Setelah mengikuti pendidikan kesehatan, pada beberapa pengobatan yang diberikan untuk masalah pernapasan, klien menggambarkan nama, cara kerja, dan efek samping obat, dosis yang diberikan, dan beberapa pertimbangan khusus untuk pemberian
- .

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D. Dispnea
- 2) A. Batuk
- 3) B. Batuk terjadi sepanjang hari
- 4) A. Palpasi
- 5) A. Oksimetri

Tes 2

- 1) D. Bersihan jalan napas tidak efektif
- 2) B. Pola napas tidak efektif
- 3) B. Pola napas tidak efektif
- 4) C. Kerusakan pertukaran gas
- 5) A. Pemeriksaan gas darah arteri

Tes 3

- 1) D. Promosi kesehatan/perawatan primer
- 2) B. Melatih teknik batuk
- 3) D. Mempertahankan atau meningkatkan pengembangan paru
- 4) B. Perkusi
- 5) B. 4 – 5

Tes 4

- 1) D. Perawat bekerja sama dengan klien
- 2) B. Status pernapasan klien saat ini
- 3) B. Setelah mengikuti pendidikan kesehatan, klien mendemonstrasikan teknik napas dalam dan batuk
- 4) A. Klien akan mengeluarkan sekresi pulmonar
- 5) C. *Sebelum pulang, klien mendemonstrasikan cara menghemat oksigen (duduk selama mengenakan baju) dan merencanakan periode istirahat.*

Golsarium

1. Volume tidal paru (V_T): volume udara yang dihirup atau dikeluarkan (ml) setiap kali bernapas. Nilai rata-rata 5 – 10 ml/kg.
2. Volume residual (RV): volume udara (ml) yang tersisa di paru setelah ekspirasi paru. Nilai rata-rata 1200 ml.
3. Kapasitas residual fungsional (FRC) : volume udara (ml) yang tersisa di paru setelah ekspirasi normal. Nilai rata-rata 2400 ml.
4. Kapasitas vital (VC): volume udara (ml) yang diekspirasi setelah inhalasi maksimal. Nilai rata-rata 4800 ml.
5. Kapasitas paru total (TLC): volume udara total (ml) di dalam paru setelah inspirasi maksimal. Nilai rata-rata 6000 ml.
6. Peak expiratory flow rate/PEFR: titik aliran tertinggi yang dicapai selama ekspirasi maksimal dan titik ini mencerminkan terjadinya perubahan ukuran jalan napas menjadi besar.
7. PaO₂: tekanan parsial oksigen
8. PaCO₂: tekanan parsial karbon dioksida
9. SaO₂: saturasi oksihemoglobin
10. Batuk *cascade*: mengambil napas dalam dengan lambat dan menahannya selama dua detik sambil mengontraksikan otot-otot ekspirasi, kemudian membuka mulut dan melakukan serangkaian batuk melalui ekshalasi.
11. Humidifikasi: proses penambahan air ke gas
12. Nebulisasi: proses menambahkan pelembab atau obat ke udara yang diinspirasi dengan mencampur partikel berbagai ukuran dengan udara.
13. Perkusi (clapping): tangan membentuk mangkok dan mengetuk/memukul dinding dada di atas daerah yang akan didrainase.
14. Masker oksigen berkantong reservoir: memberi konsentrasi oksigen lebih tinggi. Menghantarkan oksigen 80-90% pada klien yang tidak mampu bernapas kembali (*nonrebreather*), dan 70% pada klien yang mampu bernapas kembali (*rebreather*) dengan kecepatan aliran 10 liter/menit.
15. Masker oksigen venturi: menghantarkan konsentrasi oksigen 24-55% dengan kecepatan aliran oksigen 2-14 liter/menit.
16. Pernapasan *pursed-lip*: inspirasi dalam dan ekspirasi yang lama melalui bibir membentuk huruf O.

Daftar Pustaka

- Craven,R.F., Hirnle,C.J., 2000., Fundamentals of Nursing: Human Health and Function., Third Edition., Philadelphia: JB. Lippincott Company.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 1994., Clinical Nursing Skill & Techniques., Buku 1., Third Edition., St.Louis, Missouri: Mosby-Year. Book Inc.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 2010., Fundamentals of Nursing: Fundamental Keperawatan., Buku 3., Edisi 7., Jakarta: EGC.
- 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
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., 2002, Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth, Alih Bahasa: Monica Ester, Jakarta : EGC.
- Wilkinson,J.M., 2007., Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC., Edisi 7., Jakarta: EGC.

PENUTUP

Selamat! Anda telah berhasil menyelesaikan Bab 2 tentang Kebutuhan Dasar Manusia II : asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen. Bab ini membahas tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen. Penulis yakin Anda cukup memahami uraian materi yang diberikan.

Hal yang penting untuk Anda ingat dari bab ini adalah mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dan diharapkan dapat memberikan pemahaman yang baik bagi Anda sebagai dasar pada saat Anda memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen di lahan praktik.

Untuk mengukur kembali pemahaman Anda mengenai isi bab ini, jangan lupa untuk mengikuti test akhir bab yang dapat diminta pada tutor Anda.

Selamat atas keberhasilan Anda! Sampai berjumpa pada Bab 3 tentang Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN CAIRAN

Addi Mardi Harnanto, MN
Sunarsih Rahayu, S.Kep., Ns., M.Kep.

PENDAHULUAN

Bab 2 tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen”. Selanjutnya Anda akan mempelajari KDM II Bab 3 tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan”.

Cairan dan elektrolit merupakan kebutuhan dasar manusia yang utama yang diperlukan untuk hidup. Kegagalan dalam pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit akan berakibat fatal, yaitu terjadi dehidrasi maupun syok hipovolemik.

Peran dan kompetensi perawat dalam pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit pada klien mutlak diperlukan. Dengan tindakan pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit secara benar maka risiko atau dampak akibat kekurangan atau ketidakakuratan pemenuhan cairan dan elektrolit dapat dicegah atau diatasi secara cepat dan tepat. Untuk itu mari kita pelajari bersama tentang pentingnya kebutuhan cairan dan elektrolit.

Dalam Bab 3 ini, Anda akan mempelajari tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi.

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit:

1. menjelaskan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit;
2. menjelaskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit;
3. menjelaskan intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit;
4. menjelaskan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit;

Pemahaman terhadap bab ini secara umum dapat diketahui bagaimana nanti Anda dapat menerapkan pada diri Anda sendiri dan pada klien sehingga dapat terhindar dari dampak yang dapat mengancam jiwa.

Agar Anda dapat memahami bab ini dengan mudah, maka bab ini dibagi menjadi empat (4) topik, yaitu:

1. Topik 1
Membahas pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit, meliputi riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik.
2. Topik 2
Membahas diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit, meliputi diagnosa keperawatan utama dan diagnosa keperawatan yang berhubungan.
3. Topik 3
Membahas intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit, meliputi tujuan tindakan keperawatan dan rencana tindakan keperawatan.
4. Topik 4
Membahas evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit.

Untuk dapat memahami materi pada setiap topik, Anda dapat mempelajari bab ini secara berurutan dari Topik 1 sampai 4. Pada setiap topik di bab ini, Anda akan menemukan latihan dan tes formatif, untuk itu jangan lupa mengerjakannya. Untuk menilai kemajuan belajar Anda, sebaiknya Anda tidak melihat kunci jawaban terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan latihan dan tes formatif.

Waktu untuk menyelesaikan bab ini adalah satu semester. Gunakan waktu dengan sebaik-baiknya. Anda dinyatakan berhasil apabila memperoleh nilai ≥ 80 atau 80 % dapat menyelesaikan pertanyaan atau tugas yang diberikan.

Saya yakin Anda dapat memahami bab ini dengan baik!

Selamat belajar Semoga berhasil!

Topik 1

Pengkajian pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Silakan Anda pelajari baik-baik materi pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit agar Anda lebih memahaminya!

Perawat melakukan pengkajian untuk mengidentifikasi klien yang berisiko tinggi atau yang memperlihatkan adanya tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa yang aktual, dan yang mungkin berhubungan dengan penatalaksanaan terapi penyakit lain yang dideritanya.

Pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit meliputi riwayat perawatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

1. Riwayat Keperawatan

Pengkajian riwayat keperawatan dalam pemenuhan cairan dan elektrolit ditujukan/difokuskan pada:

- a. *Faktor risiko terjadinya ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa:*
 - 1) Usia: sangat muda, sangat tua
 - 2) Penyakit kronik: kanker, penyakit kardiovaskular (gagal jantung kongestif), penyakit endokrin (cushing, DM), malnutrisi, PPOK, penyakit ginjal (gagal ginjal prorogresif), perubahan tingkat kesadaran.
 - 3) Trauma: cedera akibat kecelakaan, cedera kepala, combostio.
 - 4) Terapi: diuretik, steroid, terapi IV, nutrisi parental total.
 - 5) Kehilangan melalui saluran gastrointestinal: gastroenteritis, pengisapan nasogastrik, fistula.
- b. Riwayat keluhan: kepala sakit/pusing/pening, rasa baal dan kesemutan.
- c. Pola intake: jumlah dan tipe cairan yang biasa dikonsumsi, riwayat anoreksia, kram abdomen, rasa haus yang berlebihan.
- d. Pola eliminasi: kebiasaan berkemih, adakah perubahan baik dalam jumlah maupun frekuensi berkemih, bagaimana karakteristik urine, apakah tubuh banyak mengeluarkan cairan?
Bila ya ! melalui apa? Muntah, diare, berkeringat.

2. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. Pemeriksaan fisik meliputi:

- a. Keadaan umum: iritabilitas, letargi, bingung, disorientasi

- b. Berat badan
Timbang berat badan setiap hari untuk mengetahui risiko terkena gangguan cairan dan elektrolit. Dengan demikian, retensi cairan dapat dideteksi lebih dini karena 2,5–5 kg cairan tertahan di dalam tubuh sebelum muncul edema. Perubahan dapat turun, naik, atau stabil.
- c. Intake dan output cairan
Intake cairan meliputi per oral, selang NGT, dan parenteral. Output cairan meliputi urine, feses, muntah, pengisapan gaster, drainage selang paska bedah, maupun IWL. Apakah balance cairan seimbang, positif atau negatif. Kaji volume, warna, dan konsentrasi urine
- d. Bayi: fontanela cekung jika kekurangan volume cairan, dan menonjol jika kelebihan cairan.
- e. Mata:
 - 1) Cekung, konjungtiva kering, air mata berkurang atau tidak ada
 - 2) Edema periorbital, papiledema
- f. Tenggorokan dan mulut :
Membran mukosa kering, lengket, bibir pecah-pecah dan kering, saliva menurun, lidah di bagian longitudinal mengerut
- g. Sistem kardiovaskular:
 - 1) Inspeksi:
 - Vena leher: JVP/jugularis vena pressur datar atau distensi
 - Central venus pressure (CVP) abnormal
 - Bagian tubuh yang tertekan, pengisian vena lambat
 - 2) Palpasi:
 - Edema: lihat adanya pitting edema pada punggung, sakrum, dan tungkai (pre tibia, maleolus medialis, punggung kaki)
 - Denyut nadi: frekuensi, kekuatan
 - Pengisian kapiler
 - 3) Auskultasi:
 - Tekanan darah: ukur pada posisi tidur dan duduk, lihat perbedaannya, stabil, meningkat, atau menurun.
 - Bunyi jantung: adakah bunyi tambahan
- h. Sistem pernapasan: dispnea, frekuensi, suara abnormal (*creckles*)
- i. Sistem gastro intestinal:
 - 1) Inspeksi: abdomen cekung/distensi, muntah, diare
 - 2) Auskultasi: hiperperistaltik disertai diare, atau hipoperistaltik
- j. Sistem ginjal: oliguria atau anuria, diuresis, berat jenis urine meningkat
- k. Sistem neuromuskular :
 - 1) Inspeksi: kram otot, tetani, koma, tremor
 - 2) Palpasi: hipotonisit, hipertonisitas
 - 3) Perkusi: refleks tendon dalam (menurun/tidak ada, hiperaktif/meningkat)

I. Kulit:

- 1) Suhu tubuh: meningkat/menurun
- 2) Inspeksi: kering, kemerahan
- 3) Palpasi: turgor kulit tidak elastik, kulit dingin dan lembab.

3. Pemeriksaan diagnostik

a. Kadar elektrolit serum

Kadar elektrolit serum diukur untuk menentukan status hidrasi, konsentrasi elektrolit, dan keseimbangan asam basa. Elektrolit yang sering diukur mencakup natrium, kalium, klorida, bikarbonat, dan daya gabungan karbon dioksida.

b. Hitung darah lengkap

Hitung darah lengkap adalah suatu penetapan jumlah dan tipe eritrosit dan leukosit per milimeter kubik darah. Perubahan hematokrit terjadi sebagai respons terhadap dehidrasi atau overhidrasi. Anemia juga dapat memengaruhi status oksigenasi.

c. Kadar kreatinin

Kadar kreatinin darah bermanfaat untuk mengukur fungsi ginjal. Kreatinin adalah produk normal metabolisme otot dan diekskresikan dalam kadar yang cukup konstan, terlepas dari faktor asupan cairan, diet, dan olah raga.

d. Berat jenis urine

Pemeriksaan berat jenis urine mengukur derajat konsentrasi urine. Rentang berat jenis urine normal antara 1,003 – 1,030.

e. Analisis gas darah arteri

Pemeriksaan gas darah arteri memberikan informasi tentang status keseimbangan asam basa dan tentang keefektifan fungsi ventilasi dalam mengakomodasi oksigen-karbon dioksida secara normal.

Pemeriksaan pH darah arteri mengukur konsentrasi hidrogen. Penurunan pH dihubungkan dengan asidosis, dan peningkatan pH dihubungkan dengan alkalosis. PaCO₂ mengukur tekanan parsial karbon dioksida dalam darah arteri, dan PaO₂ mengukur tekanan parsial oksigen dalam darah arteri. SaO₂ mengukur derajat hemoglobin yang disaturasi oleh oksigen. Bikarbonat mencerminkan porsi pengaturan asam basa ginjal.

Latihan

Jelaskan prosedur melakukan pengkajian riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik pada klien dengan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit!

Petunjuk Jawaban Latihan

Silakan baca kembali dengan seksama materi pengkajian pada gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit di atas.

Ringkasan

Pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan elektrolit meliputi riwayat perawatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Pengkajian riwayat keperawatan dalam pemenuhan cairan dan elektrolit ditujukan/difokuskan pada riwayat keluhan, pola intake, pola eliminasi, pasien sedang dalam proses penyakit, riwayat pengobatan.

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, berat badan, intake dan output cairan, tanda-tanda ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa. Pemeriksaan tanda-tanda ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa dapat dilakukan pada fontanela bayi, mata, tenggorokan dan mulut, sistem kardiovaskular, sistem pernapasan, sistem ginjal, sistem neuromuskular, kulit.

Pemeriksaan diagnostik meliputi pemeriksaan kadar elektrolit serum, hitung darah lengkap, kadar kreatinin, berat jenis urine, analisis gas darah arteri.

Tes 1

- 1) Apakah salah satu faktor risiko terjadinya ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa?
 - A. Pekerjaan
 - B. Jenis kelamin
 - C. Terapi diuretik
 - D. Dirawat di rumah sakit

- 2) Apakah data yang ditemukan pada mata pasien dengan kelebihan volume cairan?
 - A. Cekung
 - B. Edema periorbital
 - C. Konjungtiva kering
 - D. Air mata berkurang atau tidak ada

- 3) Dimanakah dapat dilakukan pemeriksaan pitting edema pada pasien dengan ketidakseimbangan cairan?
 - A. Pre tibia
 - B. Abdomen

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- C. Kuku jari
 - D. Telapak kaki
- 4) Apakah hasil dari produk normal metabolisme otot dan diekskresikan dalam kadar yang cukup konstan?
- A. Ureum
 - B. Nitrogen
 - C. Kreatinin
 - D. Hematokrit
- 5) Apakah perubahan sel darah pada pemeriksaan darah lengkap jika pasien mengalami dehidrasi atau overhidrasi?
- A. Leukoit
 - B. Eritrosit
 - C. Trombosit
 - D. *Hematokrit*

Topik 2

Diagnosa Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Pada Topik 2, Anda akan mempelajari materi tentang diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit. Pelajarilah baik-baik materi berikut ini!

Informasi yang terkumpul dalam pengkajian membantu mengidentifikasi masalah cairan dan elektrolit aktual maupun risiko.

Diagnosa keperawatan berhubungan dengan gangguan cairan, elektrolit, dan asam basa mengacu pada diagnosa keperawatan NANDA.

A. DIAGNOSA KEPERAWATAN UTAMA GANGGUAN KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

Diagnosa keperawatan utama pada klien dengan gangguan kebutuhan cairan, elektrolit, dan asam basa adalah :

1. Defisit Volume Cairan : Defisit Volume ECF (*Ekstra Cell Fluid*)

Definisi:

Defisit volume ECF adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kekurangan volume cairan vaskular dan interstitiil.

Hal tersebut berhubungan dengan:

- a. seseorang dengan kehilangan cairan tubuh lama atau terancam kehilangan cairan tubuh;
- b. *hipoaldosteronisme*;
- c. penurunan intake cairan atau makanan lama;
- d. penggunaan diuretic.

Ditandai dengan:

- a. urine output menurun;
- b. konsentrasi urine meningkat;
- c. kehilangan berat badan tiba-tiba;
- d. denyut nadi meningkat;
- e. hipotensi;
- f. aliran vena menurun;
- g. tekanan arteri pulmonar menurun;
- h. tekanan vena sentral menurun;
- i. haus;

- j. turgor kulit menurun;
- k. volume atau tekanan denyutan menurun;
- l. perubahan status mental;
- m. suhu tubuh meningkat;
- n. kulit kering;
- o. membran mukosa kering.

2. Kelebihan Volume Cairan : Kelebihan Volume ECF

Definisi:

Kelebihan volume ECF adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kelebihan volume cairan vaskular dan interstitiil.

Berhubungan dengan:

- a. hiperaldosteronisme;
- b. intake cairan berlebihan;
- c. intake sodium berlebihan;
- d. gagal ginjal;
- e. gagal jantung;
- f. gagal hepar.

Ditandai dengan:

- a. edema;
- b. efusi;
- c. berat badan naik;
- d. napas pendek;
- e. orthopnea;
- f. intake cairan lebih besar dari output;
- g. bunyi jantung S3;
- h. chest X-ray: kongesti pulmonary;
- i. suara napas abnormal : rales (crackles);
- j. pola napas berubah;
- k. perubahan status mental;
- l. hematokrit menurun;
- m. tekanan vena sentral dan tekanan arteri pulmonar meningkat;
- n. distensi vena jugularis;
- o. oliguri;
- p. gravitasi urine menurun;
- q. azotemia.

3. Kelebihan Cairan

Definisi:

Kelebihan air atau hipoosmolaritas serum adalah suatu keadaan dimana seseorang mempunyai air tubuh berlebihan yang berhubungan dengan pelarut.

Kondisi kelebihan cairan Berhubungan dengan:

- a. gagal jantung;
- b. gagal hepar;
- c. gagal ginjal;
- d. intake air berlebihan: oral atau intravena;
- e. sindrome sekresi ADH tidak tepat.

Kondisi kelebihan cairan ditandai dengan:

- a. nilai osmolaritas serum < 275 mOsm/L atau < 280 mOsm/L;
- b. bingung;
- c. sakit kepala;
- d. kramp;
- e. delirium;
- f. perubahan personalitas;
- g. konvulsi;
- h. koma;
- i. anoreksia/mual/muntah;
- j. berat badan meningkat;
- k. gravitasi urine rendah.

4. Kekurangan Cairan

Definisi:

Kekurangan air atau hiperosmolaritas serum adalah suatu keadaan dimana seseorang mempunyai kekurangan air tubuh berhubungan dengan pelarut.

Kondisi kekurangan cairan berhubungan dengan:

- a. intake air tidak adekuat, terutama orang yang sangat muda atau sangat tua;
- b. ketidakmampuan fisik atau mental untuk mengambil air;
- c. intake atau produksi pelarut berlebihan: diabetes militus, overdosis, kehilangan air berlebihan.

Ditandai dengan:

- a. ukuran atau nilai osmolaritas serum > 300 mOsm/L;
- b. gravitasi urine meningkat;
- c. lemah;
- d. disorientasi, khayalan;
- e. iritabilitas;

- f. kejang;
- g. koma;
- h. haus;
- i. oliguri atau anuri;
- j. takikardi;
- k. kadang demam.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG BERHUBUNGAN

Beberapa diagnosa keperawatan lain yang berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa adalah:

1. Defisit *Self Care* Atau *Intolerans Aktivitas*

Definisi:

Defisit self care adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri.

Intolerans aktivitas adalah suatu keadaan dimana individu mengalami ketidakcukupan energi fisiologis atau psikologis untuk bertahan atau memenuhi kebutuhan atau aktivitas sehari-hari yang diinginkan.

Ditandai dengan:

- a. cepat lelah;
- b. lemah;
- c. *iritabilitas* otot.

2. Risiko Injuri

Definisi:

Risiko injuri adalah suatu kondisi dimana individu yang berisiko untuk mengalami cedera sebagai akibat dari kondisi lingkungan yang berhubungan dengan sumber adaptif dan pertahanan.

Berhubungan dengan:

- Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit

Ditandai dengan:

- a. hipotensi postural;
- b. kehilangan kesadaran;
- c. kerusakan kognitif.

3. Kerusakan Integritas Kulit

Definisi:

Kerusakan integritas kulit adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami perubahan dermis dan/atau epidermis.

Berhubungan dengan:

- Edema

4. Konstipasi atau Diare

Definisi:

Konstipasi adalah suatu penurunan frekuensi defekasi yang normal pada seseorang disertai dengan kesulitan keluarnya feses yang tidak lengkap atau keluarnya feses yang sangat keras dan kering.

Diare adalah feses keluar dengan cepat dan tidak berbentuk.

Berhubungan dengan:

- ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.

5. Kurang Pengetahuan

Definisi:

Kurang pengetahuan adalah tidak ada atau kurangnya informasi pengetahuan tentang topik yang spesifik.

Berhubungan dengan:

- pembelajaran program terapi baru yang diadakan tidak adekuat.

Latihan

Apakah diagnosa keperawatan utama pada klien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit?

Petunjuk Jawaban Latihan

Diagnosa keperawatan utama pada klien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit adalah sebagai berikut.

1. Defisit volume cairan: defisit volume ECF (*ekstra cell fluid*)
2. Kelebihan volume cairan: defisit volume ECF (*ekstra cell fluid*)
3. Kekurangan cairan
4. Kelebihan cairan

Ringkasan

Diagnosa keperawatan berhubungan dengan gangguan cairan, elektrolit, dan asam basa mengacu pada diagnosa keperawatan NANDA.

Diagnosa keperawatan utama pada klien dengan gangguan kebutuhan cairan, elektrolit, dan asam basa, yaitu: defisit volume cairan (ECF), kelebihan volume cairan (ECF), kelebihan air, dan kekurangan air.

Beberapa diagnosa keperawatan lain yang berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa adalah : defisit self care atau intolerans aktivitas, risiko injuri, kerusakan integritas kulit, konstipasi atau diare, kurang pengetahuan.

Tes 2

- 1) Apakah diagnosa keperawatan yang menyatakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami kekurangan volume cairan vaskular dan interstitiil?
 - A. Kelebihan air tubuh (*hipoosmolaritas*)
 - B. Kekurangan air tubuh (*hiperosmolaritas*)
 - C. Kelebihan volume cairan ECF (*ekstra cell fluid*)
 - D. Kekurangan volume cairan ECF (*ekstra cell fluid*)

- 2) Apakah yang dimaksud dengan hipoosmolaritas serum?
 - A. Suatu keadaan dimana seseorang mengalami kelebihan volume cairan vaskular dan interstitiil
 - B. Suatu keadaan dimana seseorang mengalami kekurangan volume cairan vaskular dan interstitiil
 - C. Suatu keadaan dimana seseorang mempunyai air tubuh berlebihan yang berhubungan dengan pelarut.
 - D. Suatu keadaan dimana seseorang mempunyai kekurangan air tubuh yang berhubungan dengan pelarut.

- 3) Apakah salah satu kemungkinan penyebab kekurangan volume cairan ECF?
 - A. Hiperaldosteronisme
 - B. Penggunaan diuretik
 - C. Intake cairan berlebihan
 - D. Intake sodium berlebihan

- 4) Pasien, 30 tahun, mengeluh kencing sedikit, merasa haus yang berlebihan. Hasil pengkajian didapatkan takikardi, hipotensi, turgor kulit menurun, bibir kering. Apakah diagnosa utama yang muncul pada pasien tersebut?
 - A. Intoleran aktivitas
 - B. Kelebihan volume cairan
 - C. Kerusakan integritas kulit
 - D. Kekurangan volume cairan

- 5) Apakah diagnosa keperawatan yang ditandai dengan nilai osmolaritas serum < 275 mOsm/L?
- A. Kelebihan air tubuh (*hipoosmolaritas*)
 - B. Kekurangan air tubuh (*hiperosmolaritas*)
 - C. Kelebihan volume cairan ECF (*ekstra cell fluid*)
 - D. Kekurangan volume cairan ECF (*ekstra cell fluid*)

Topik 3

Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Topik 3 ini mempelajari intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit. Pelajarilah dengan baik materi berikut ini!

Intervensi keperawatan meliputi tujuan dan rencana tindakan keperawatan.

1. Tujuan:

- a. Klien akan membentuk kembali volume ECF normal, air dan elektrolit seimbang
- b. Klien akan mendemonstrasikan pengetahuan tentang bagaimana meningkatkan volume ECF di kemudian hari, air dan elektrolit seimbang.
- c. Klien akan bebas dari komplikasi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.
- d. Mempertahankan intake cairan dan elektrolit yang adekuat.

2. Rencana tindakan keperawatan:

Rencana tindakan keperawatan bertujuan untuk mencegah, menangani penyebab, dan mengoreksi ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa.

a. *Mengoreksi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit*

1) Penggantian cairan secara enteral

Cairan digantikan secara enteral melalui oral dan selang pemberi makan.

(a) Oral

Penggantian cairan dan elektrolit per oral dapat dilakukan selama klien tidak muntah, tidak mengalami kehilangan cairan dalam jumlah yang sangat besar, atau tidak mengalami obstruksi mekanis dalam saluran gastrointestinal, kecuali dikontraindikasikan. Perawat harus memilih cairan yang mengandung kalori dan elektrolit yang adekuat.

(b) Selang pemberi makan

Selang pemberi makan sangat tepat diberikan, jika saluran gastrointestinal klien sehat, tetapi klien tidak mampu menelan cairan. Selang pemberi makan dapat berupa selang nasogastrik, gastrostomi, jejunostomi.

2) Pembatasan cairan

Klien yang mengalami kelebihan volume cairan harus membatasi asupan cairannya. Pembatasan cairan sering kali sulit untuk klien, terutama jika mereka mengkonsumsi obat yang membuat membran mukosa mulut menjadi kering.

A rule of thumb yang baik untuk pembatasan cairan ialah memberikan setengah dari jumlah total cairan oral diantara pukul 08.00 dan 16.00, yakni periode saat klien biasanya lebih aktif dan mendapatkan 2 kali makan, serta minum sejumlah besar obat oral mereka. Kemudian 2 per lima dari jumlah total asupan cairan diberikan diantara pukul 16.00 dan pukul 23.00, cairan dikonsumsi bersama

makanan dan waktu jam kunjungan pada sore hari. Antara pukul 23.00 sampai pukul 08.00, sisa cairan total dapat diberikan. Karena klien biasanya tidur selama periode ini, kebutuhan cairan berkurang.

3) Penggantian cairan dan elektrolit secara parenteral

Penggantian cairan dan elektrolit secara parenteral meliputi pemberian nutrisi parenteral total (NTP), terapi cairan dan elektrolit intravena, serta penggantian darah.

(a) Nutrisi parenteral total (NPT)

NPT merupakan nutrisi dalam bentuk larutan hipertonik yang adekuat, terdiri dari glukosa dan nutrisi lain serta elektrolit yang diberikan melalui kateter intravena sentral atau kateter intravena menetap.

(b) Terapi intravena (IV)

Tujuan pemberian cairan IV ialah untuk mengoreksi atau mencegah gangguan cairan dan elektrolit. Klien yang tidak diijinkan mengkonsumsi apapun melalui mulut selama beberapa hari, menerima penggantian cairan melalui IV untuk mencegah terjadinya ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Infus dihentikan ketika dimulai asupan oral normal.

Perawat harus mengidentifikasi larutan yang benar, peralatan, dan prosedur yang dibutuhkan untuk memulai, mengatur, dan mempertahankan sistem. Perawat juga harus mengidentifikasi dan mengoreksi masalah serta menghentikan infus.

Tipe larutan elektrolit terbagi menjadi isotonik, hipotonik, dan hipertonik. Suatu larutan bersifat isotonik jika osmolaritasnya mendekati osmolaritas plasma. Larutan hipotonik ialah larutan yang memiliki osmolaritas kurang dari osmolaritas plasma, dan larutan hipertonik ialah larutan yang memiliki osmolaritas lebih besar dari osmolaritas plasma.

(c) Penggantian darah (transfusi)

Penggantian darah atau transfusi darah adalah suatu pemberian darah lengkap atau komponen darah, seperti plasma, eritrosit kemas, atau trombosit melalui jalur IV.

Tujuan dilakukannya transfusi darah adalah:

- Untuk meningkatkan volume sirkulasi darah setelah pembedahan, trauma, atau perdarahan
- Untuk meningkatkan jumlah eritrosit dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada klien yang menderita anemia berat.
- Untuk memberikan komponen selular yang terpilih sebagai terapi pengganti (misalnya, faktor pembekuan-plasma untuk membantu mengontrol perdarahan pada klien penderita hemofilia)

Autotransfusi adalah pengumpulan, antikoagulasi, filtrasi, dan atau infusi ulang dari tempat perdarahan yang aktif. Karena darah yang diinfuskan kembali adalah darah klien sendiri, ada banyak keuntungan autotransfusi.

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

Risiko kesalahan teknis pada penggolongan dan pencocokan darah, dieliminasi. Efek merugikan yang mungkin muncul, yang berhubungan dengan transfusi darah juga dieliminasi.

Reaksi transfusi adalah respons sistemik tubuh terhadap ketidakcocokan darah donor dengan darah resipien. Reaksi ini disebabkan ketidakcocokan eritrosit atau sensitivitas alergi terhadap leukosit, trombosit, atau komponen protein plasma pada darah donor atau terhadap kalium atau kandungan sitrat di dalam darah. Reaksi yang dapat ditimbulkan oleh transfusi darah, antara lain awitan demam, menggigil, dan ruam kulit yang cepat sampai hipotensi, syok, dan penundaan reaksi yang mungkin tidak terjadi sampai beberapa hari atau beberapa minggu setelah transfusi.

Intervensi keperawatan jika terjadi reaksi transfusi :

- Hentikan transfusi sesegera mungkin
- Pasang "piggyback" 0,9% NaCl ke dalam selang IV yang paling dekat dengan tempat akses.
- Beritahu dokter.
- Temani klien, observasi tanda dan gejala, dan pantau vital sign selama 5 menit.
- Siapkan obat kedaruratan untuk diberikan jika reaksi yang membahayakan terjadi (antihistamin, vasopresor, cairan, steroid).
- Siapkan peralatan untuk RJP
- Ambil spesimen urine dan kirinkan ke laboratorium
- Simpan kantung darah dan selang untuk dikembalikan ke laboratorium.
- Lengkapi catatan perawat mengenai reaksi transfusi.

b. Mengoreksi ketidakseimbangan asam basa

Perawat melakukan tindakan keperawatan yang sesuai untuk meningkatkan ventilasi dan oksigenasi.

- 1) Pada asidosis respiratorik, sekresi paru yang statis dan penurunan ekspansi paru memperburuk kondisi asidosis.

Intervensi keperawatan untuk mengeluarkan sekresi paru dan meningkatkan ekspansi paru dapat membuat perbedaan antara hidup dan mati.

- 2) Pada alkalosis respiratorik akibat ansietas, tindakan keperawatan yang dilakukan:

- (a) Mula-mula memperbaiki alkalosis respiratorik

Perawat menginstruksikan klien untuk bernapas ke dalam sebuah kantung kertas sehingga klien akan menghirup kembali karbon dioksida yang telah dikeluarkan. Dengan cara ini, karbon dioksida akan berkombinasi dengan air untuk membentuk asam karbonat, yang akan meningkatkan keasaman darah.

- (b) Melakukan tindakan keperawatan untuk menurunkan ansietas.

Perawat membantu klien menetapkan penyebab ansietas dan metode untuk mengontrolnya.

- 3) Memeriksa analisis gas darah arteri
Klien yang menderita gangguan asam basa membutuhkan pemeriksaan analisis gas darah arteri yang berulang, untuk menentukan status asam basa dan keadekuatan ventilasi serta oksigenasi.

Latihan

- 1) Jelaskan pemberian cairan secara enteral untuk mengatasi ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa!
- 2) Apakah reaksi dari pemberian transfusi darah?

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Untuk menjawab latihan di atas, baca kembali materi rencana tindakan keperawatan untuk mencegah, menangani penyebab, dan mengoreksi ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa.
- 2) Reaksi yang dapat ditimbulkan oleh transfusi darah, antara lain awitan demam, menggigil, dan ruam kulit yang cepat sampai hipotensi, syok, dan penundaan reaksi yang mungkin tidak terjadi sampai beberapa hari atau beberapa minggu setelah transfusi.

Ringkasan

Diagnosa keperawatan utama pada klien dengan gangguan kebutuhan cairan, elektrolit, dan asam basa, yaitu: defisit volume cairan (ECF), kelebihan volume cairan (ECF), kelebihan air, dan kekurangan air.

Beberapa diagnosa keperawatan lain yang berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa adalah: defisit self care atau intolerans aktivitas, risiko injuri, kerusakan integritas kulit, konstipasi atau diare, kurang pengetahuan.

Tes 3

- 1) Klien, 25 tahun, dirawat di rumah sakit dengan dehidrasi. Klien akan diberikan rehidrasi, tetapi klien tidak mampu menelan cairan, namun saluran gastrointestinalnya masih sehat.
Apakah tindakan pemberian cairan yang tepat?
 - A. Per oral
 - B. Intravena
 - C. Nutrisi parenteral total
 - D. Melalui selang pemberi makan

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- 2) Seorang klien mengalami dehidrasi, dan akan diberikan rehidrasi. Klien tidak muntah, kehilangan cairan dalam jumlah yang tidak besar, tidak ada obstruksi saluran gastrointestinal.
Apakah tindakan penggantian cairan dan elektrolit yang dilakukan?
- A. Per oral
 - B. Intravena
 - C. Nutrisi parenteral total
 - D. Melalui selang pemberi makan
- 3) Disebut apakah suatu larutan yang osmolaritasnya mendekati osmolaritas plasma?
- A. Larutan tonik
 - B. Larutan isotonik
 - C. Larutan hipotonik
 - D. Larutan hipertonik
- 4) Disebut apakah pengumpulan, antikoagulasi, filtrasi, dan atau infusi ulang dari tempat perdarahan yang aktif?
- A. Autotransfusi
 - B. Transfusi darah
 - C. Reaksi transfusi
 - D. Tansfusi homolog
- 5) Apakah yang dilakukan pertama kali, jika terjadi reaksi transfusi darah (demam, menggigil, dan ruam kulit)?
- A. Beritahu dokter
 - B. Hentikan transfusi
 - C. Pasang "piggyback" 0,9% NaCl
 - D. Observasi tanda, gejala, dan vital sign selama 5 menit

Topik 4

Evaluasi Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Pada Topik 4 ini anda akan mempelajari tentang evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit. Pelajarilah dengan seksama materi berikut ini!

EVALUASI KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

Evaluasi penting untuk memastikan bahwa tujuan ini untuk meningkatkan keseimbangan cairan dan elektrolit optimum, mencegah komplikasi ketidakseimbangan, dan meningkatkan pengetahuan yang diterima klien.

Perawat mengevaluasi keefektifan perawatan yang telah diberikan pada klien yang menderita ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa berdasarkan hasil akhir yang diharapkan.

Pengkajian membantu perawat menentukan keefektifan intervensi keperawatan. Perawat melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk menentukan respons klien terhadap intervensi keperawatan. Dengan menggunakan data evaluasi, perawat menentukan dicapai atau belumnya tujuan perawatan atau perlu tidaknya rencana keperawatan dimodifikasi.

Tujuan perawatan klien dikembangkan dengan menggunakan kriteria objektif untuk dapat mengukur kemajuan klien yang telah dicapai.

1. Tujuan: klien akan memiliki kembali keseimbangan cairan dan elektrolit normal.
Kriteria hasil:
 - a. turgor kulit yang elastik akan kembali;
 - b. membran mukosa klien akan lembab;
 - c. tidak ada keluhan haus;
 - d. berat badan akan stabil pada nilai normal;
 - e. haluaran urine akan ≥ 70 ml/jam, berat jenis urine berkisar 1,010–1,020;
 - f. tanda-tanda vital akan kembali ke nilai dasar;
 - g. tidak ada muntah;
 - h. klien mempertahankan intake dan output seimbang;
 - g. klien membentuk kembali nilai elektrolit dalam batas normal;
 - h. klien tidak mengalami penurunan denyut postural dan perubahan tekanan darah;
 - i. saat pulang klien menunjukkan tidak ada tanda dan gejala edema.
2. Tujuan: klien akan mendemonstrasikan pengetahuan tentang bagaimana meningkatkan keseimbangan cairan dan elektrolit di masa mendatang.

Kriteria hasil :

- a. di akhir pembelajaran, klien mengatakan pentingnya minum 8 gelas air per hari.
 - b. di akhir pembelajaran, klien membuat daftar makanan tinggi sodium dan mengatakan membutuhkan modifikasi diet;
 - c. klien membuat catatan berat badan sehari-hari untuk bulan depan;
 - d. klien memberitahukan dokter tentang kenaikan berat badan yang signifikan;
 - e. di akhir pembelajaran, klien mengatakan rencana koping dengan masalah diare atau muntah;
 - f. di akhir pembelajaran, klien membuat daftar makanan tinggi potasium.
3. Tujuan: klien akan menetapkan bebas dari komplikasi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.

Kriteria hasil:

- a. klien berdiri dan berjalan tanpa pusing atau jatuh;
- b. kulit tetap utuh meskipun edema sampai edema berkurang.

Latihan

Mengapa pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit perlu dievaluasi?

Petunjuk Jawaban Latihan

Pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit perlu dievaluasi, karena untuk memastikan bahwa tujuan yang telah ditetapkan tercapai, yaitu untuk meningkatkan keseimbangan cairan dan elektrolit optimum, mencegah komplikasi ketidakseimbangan, dan meningkatkan pengetahuan yang diterima klien.

Ringkasan

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit sangat penting untuk memastikan bahwa tujuan ini untuk meningkatkan keseimbangan cairan dan elektrolit optimum, mencegah komplikasi ketidakseimbangan, dan meningkatkan pengetahuan yang diterima klien.

Perawat mengevaluasi keefektifan perawatan yang telah diberikan pada klien yang menderita ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa berdasarkan hasil akhir yang diharapkan.

Pengkajian membantu perawat menentukan keefektifan intervensi keperawatan. Perawat melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk menentukan respons klien terhadap intervensi keperawatan. Dengan menggunakan data evaluasi, perawat menentukan dicapai atau belumnya tujuan perawatan atau perlu tidaknya rencana keperawatan dimodifikasi.

Tujuan perawatan klien dikembangkan dengan menggunakan kriteria objektif untuk dapat mengukur kemajuan klien yang telah dicapai.

Tes 4

- 1) Apakah yang dilakukan perawat untuk menentukan respons klien terhadap intervensi keperawatan?
 - A. Menetapkan diagnosa keperawatan
 - B. Mengevaluasi keefektifan perawatan
 - C. Memodifikasi intervensi keperawatan
 - D. Melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

- 2) Apakah kriteria hasil dari tujuan klien akan memiliki kembali keseimbangan cairan dan elektrolit normal?
 - A. Klien mempertahankan intake lebih besar daripada output
 - B. Saat pulang, berat badan klien naik 20% dari berat badan awal.
 - C. Haluaran urine ≤ 70 ml/jam
 - D. Berat jenis urine berkisar 1,010–1,020.

- 3) Klien diare dengan dehidrasi sedang, sudah diperbolehkan pulang. Hasil pengkajian didapatkan denyut nadi dan tekanan darah normal, yang berarti tujuan keperawatan tercapai.

Manakah tujuan keperawatan yang ditunjukkan data di atas?

 - A. Klien akan mendemonstrasikan koping yang efektif
 - B. Klien akan membentuk keseimbangan cairan dan elektrolit normal
 - C. Klien akan menetapkan bebas dari komplikasi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit
 - D. Klien akan mendemonstrasikan pengetahuan cara meningkatkan keseimbangan cairan dan elektrolit di masa mendatang

- 4) Apakah kriteria hasil dari tujuan klien akan menetapkan bebas dari komplikasi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit?
 - A. Klien berdiri dan berjalan tanpa pusing atau jatuh
 - B. Di akhir pembelajaran, klien mengatakan pentingnya minum 8 gelas air per hari
 - C. Klien memberitahukan dokter tentang kenaikan berat badan yang signifikan
 - D. Klien tidak mengalami perubahan berat badan mendadak (meningkat atau menurun lebih dari 1 kg/hari)

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- 5) Apakah yang digunakan untuk mengembangkan tujuan perawatan klien?
- A. Faktor risiko
 - B. Kriteria objektif
 - C. Rencana tindakan
 - D. Diagnosa keperawatan

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B. Edema periorbital
- 2) A. Pre tibia
- 3) C. Kreatinin
- 4) D. Hematokrit
- 5) C. Terapi diuretik

Tes 2

- 1) D. Kekurangan volume cairan ECF (ekstra cell fluid)
- 2) C. Suatu keadaan dimana seseorang mempunyai air tubuh berlebihan yang berhubungan dengan pelarut
- 3) B. Penggunaan diuretik
- 4) C. Kekurangan volume cairan
- 5) A. Kelebihan air tubuh (hiposmolaritas)

Tes 3

- 1) D. Beri cairan melalui selang pemberi makan
- 2) A. Per oral
- 3) B. Larutan isotonik
- 4) A. Autotransfusi
- 5) B. Hentikan transfusi

Tes 4

- 1) D. Melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi
- 2) D. Berat jenis urine berkisar 1,010–1,020
- 3) B. Klien akan membentuk keseimbangan cairan dan elektrolit normal
- 4) A. Klien berdiri dan berjalan tanpa pusing atau jatuh
- 5) B. *Kriteria objektif*

Glosarium

1. PPOK: penyakit paru obstruksi kronik
2. IWL: insensible water loss
3. ECF (ekstra cell fluid): cairan ekstra sel, yaitu cairan intravaskular dan cairan interstitiil.
4. Azotemia: peningkatan kadar kreatinin dan nitrogen urea darah.
5. ADH: anti diuretik hormon
6. Irritabilitas: mudah terangsang
7. Hipotensi postural: tekanan darah menurun akibat posisi tidur atau berbaring lama.
8. NPT merupakan nutrisi dalam bentuk larutan hipertonik yang adekuat yang diberikan melalui intravena
9. *Autotransfusi* adalah darah yang diinfuskan kembali adalah darah klien sendiri.
10. Resipien adalah orang yang menerima donor darah

Daftar Pustaka

- Craven,R.F., Hirnle,C.J., 2000., *Fundamentals of Nursing : Human Health and Function., Third Edition.*, Philadelphia : JB. Lippincott Company.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 1994., *Clinical Nursing Skill & Techniques.*, Buku 2., Third Edition., St.Louis, Missouri : Mosby-Year. Book Inc.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 2010., *Fundamentals of Nursing : Fundamental Keperawatan.*, Buku 3., Edisi 7., Jakarta : EGC.
- 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
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., 2002, *Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*, Alih Bahasa : Monica Ester, Jakarta : EGC.
- Wilkinson,J.M., 2007., *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC.*, Edisi 7., Jakarta : EGC.

Penutup

Selamat! Anda telah berhasil menyelesaikan Bab 3 tentang Kebutuhan Dasar Manusia II : asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit. Bab ini membahas tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen. Penulis yakin Anda cukup memahami uraian materi yang diberikan.

Hal yang penting untuk Anda ingat dari bab ini adalah mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen dan diharapkan dapat memberikan pemahaman yang baik bagi Anda sebagai dasar pada saat Anda memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen di lahan praktik.

Untuk mengukur kembali pemahaman Anda mengenai isi bab ini, jangan lupa untuk mengikuti test akhir bab yang dapat diminta pada tutor Anda.

Selamat atas keberhasilan Anda! Sampai berjumpa pada Bab 4 tentang Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi.

BAB IV

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN NUTRISI

Addi Mardi Harnanto, MN
Sunarsih Rahayu, S.Kep., Ns., M.Kep.

PENDAHULUAN

Selamat, Anda telah berhasil mempelajari KDM II Bab 3 tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit”. Selanjutnya Anda akan mempelajari KDM II Bab 4 tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi”.

Nutrisi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia utama yang diperlukan untuk hidup. Kegagalan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi akan mengakibatkan gangguan nutrisi yang akan berdampak pada gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Perawat merupakan posisi yang bagus untuk mengenal tanda-tanda nutrisi buruk dan mengambil langkah-langkah untuk mengawali perubahan. Kontak sehari-hari yang dekat dengan klien dan keluarganya memungkinkan perawat untuk mengobservasi status fisik, asupan makanan, penambahan atau kehilangan berat badan, dan respons pada terapi klien. Untuk itu mari kita pelajari bersama tentang pentingnya kebutuhan nutrisi.

Dalam Bab 4 ini, Anda akan mempelajari tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi.

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi:

1. menjelaskan pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi;
2. menjelaskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi;
3. menjelaskan intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi;
4. menjelaskan evaluasi pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi.

Pemahaman Anda terhadap bab ini secara umum dapat diketahui bagaimana nanti Anda dapat memberlakukan pada diri Anda sendiri dan juga pada klien Anda sehingga dapat mencegah gangguan nutrisi dan mempertahankan status gizi tetap baik.

Agar Anda dapat memahami bab ini dengan mudah, maka bab ini dibagi menjadi empat (4) topik, yaitu:

1. Topik 1:
Membahas pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi, meliputi anthropometri measurement (A), biochemical data (B), clinical sign (C), dan dietary history (D).

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

2. Topik 2:
Membahas diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi, meliputi diagnosa keperawatan utama dan diagnosa keperawatan lain yang berhubungan.
3. Topik 3:
Membahas intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi, meliputi tujuan keperawatan dan rencana tindakan keperawatan.
4. Topik 4
Membahas evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi.

Untuk dapat memahami materi pada setiap topik, Anda dapat mempelajari bab ini secara berurutan dari Topik 1 sampai 4. Pada setiap topik di bab ini, Anda akan menemukan latihan dan tes formatif, untuk itu jangan lupa mengerjakannya. Untuk menilai kemajuan belajar Anda, sebaiknya Anda tidak melihat kunci jawaban terlebih dahulu sebelum selesai mengerjakan latihan dan tes formatif.

Waktu untuk menyelesaikan bab ini adalah satu semester. Gunakan waktu dengan sebaik-baiknya. Anda dinyatakan berhasil apabila memperoleh nilai ≥ 80 atau 80 % dapat menyelesaikan pertanyaan atau tugas yang diberikan.

Saya yakin Anda dapat memahami bab ini dengan baik!

Selamat belajar Semoga berhasil!

Topik 1

Pengkajian pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi

Pelajarilah dengan seksama materi pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi agar Anda lebih memahaminya!

Makanan dan cairan adalah kebutuhan dasar biologis semua makhluk hidup. Pengkajian nutrisi penting, khususnya bagi klien yang berisiko mempunyai masalah nutrisi yang berhubungan dengan stres, penyakit, hospitalisasi, kebiasaan gaya hidup, dan faktor-faktor lain. Perawat berkolaborasi dengan ahli diet dalam pengkajian nutrisi yang komprehensif.

A. PENGKAJIAN

Pengkajian status nutrisi meliputi: anthropometric measurement (A), Biochemical data (B), clinical sign (C), dan dietary history (D).

1. Anthropometric Measurement (A)

Antropometri adalah suatu sistem pengukuran ukuran dan susunan tubuh dan bagian khusus tubuh. Pengukuran antropometrik yang membantu dalam mengidentifikasi masalah nutrisi termasuk :

a. Tinggi badan dan berat badan

Pengukuran tinggi badan dan berat badan klien harus diperoleh ketika masuk rumah sakit atau lingkungan pelayanan kesehatan. Apabila memungkinkan, klien harus ditimbang pada waktu yang sama setiap hari, pada skala yang sama, dan dengan pakaian atau linen yang sama.

b. Lingkar pergelangan tangan

- 1) Digunakan untuk memperkirakan kerangka tubuh klien.
- 2) Ukuran kerangka adalah tinggi badan dibagi lingkar pergelangan tangan, hasilnya dihitung nilai r
- 3) $r = \{\text{tinggi badan (cm)} : \text{lingkar pergelangan tangan (cm)}\}$.
- 4) Wanita: nilai $r > 11,0$ (kecil); nilai r 10,1 sampai 11,0 (sedang), dan nilai $r < 10,1$ (besar).
- 5) Laki-laki: nilai $r > 10,4$ (kecil), nilai r 9,6 sampai 10,4 (sedang), dan $< 9,6$ (besar).

c. Lingkar lengan bagian tengah atas (*mid-upper arm circumference, MAC*)

- 1) Memperkirakan massa otot skelet.
- 2) Lengan non dominan klien direlaksasikan, dan lingkaranya diukur pada titik tengah, antara ujung dari prosesus akromial skapula dan prosesus olekranon ulna.

- d. *Lipatan kulit tricep (triceps skinfold, TSF)*
- 1) Digunakan untuk memperkirakan isi lemak dari jaringan subkutan.
 - 2) TSF adalah pengukuran yang paling umum
 - 3) Dengan ibu jari dan jari tengah, lipatan panjang dari kulit dan lemak yang dipegang kira-kira 1 cm dari titik tengah MAC. Jepitan dari jangka lengkung lipatan kulit standar ditempatkan pada sisi lain dari lipatan lemak. Pengukuran rata-rata diambil dari ketiga catatan. Area anatomi lain untuk pengukuran lipatan kulit termasuk bisep, skapula, dan otot abdominal.
- e. *Lingkar otot lengan bagian tengah atas (mid-upper arm muscle circumference, MAMC)*
- MAMC adalah perkiraan dari masa otot skelet, dihitung dari pengukuran antropometrik MAC dan TSF.

$$\text{MAMC} = \text{MAC} - (\text{TSF} \times 3,14).$$
 Nilai untuk MAC, TSF, dan MAMC dibandingkan dengan standar dan dihitung sebagai suatu persentase standar.

Tabel 1.1 Standar ukuran Anthropometri berdasarkan kelompok umur

Tempat pengukuran	Umur	Rata – rata	
		Laki – laki	Perempuan
Pengukuran lingkar lengan atas	18 – 24 th	30,9 cm	27,0 cm
	25 – 34 th	32,3 cm	28,6 cm
	35 – 44 th	32,7 cm	30,0 cm
	45 – 54 th	32,1 cm	30,7 cm
	55 – 64 th	31,5 cm	30,7 cm
	65 – 74 th	30,5 cm	30,1 cm
Pengukuran lipat kulit trisep	18 – 24 th	11,2 cm	19,4 cm
	25 – 34 th	12,6 cm	21,9 cm
	35 – 44 th	12,4 cm	24,0 cm
	45 – 54 th	12,4 cm	25,4 cm
	55 – 64 th	11,6 cm	24,9 cm
	65 – 74 th	11,8 cm	23,3 cm

2. Biochemical Data (B)

a. Tes laboratorium

Tes laboratorium biasanya digunakan untuk memelajari status nutrisi termasuk ukuran protein plasma, seperti albumin, transferin, retinol yang mengikat protein, total kapasitas ikatan zat besi, dan hemoglobin. Waktu respons untuk perubahan dalam protein ini sebagai hasil jarak pemberian makan dari jam ke minggu. Kebanyakan protein plasma memiliki waktu paruh >7 hari dan tidak akan merefleksikan perubahan kurang dari seminggu.

b. Tes lain

Tes lain digunakan untuk menentukan status nutrisi termasuk ukuran imunitas, seperti penundaan sensitivitas kutaneus, dan ukuran metabolisme protein, seperti studi 24 jam nitrogen urea urine dan keseimbangan nitrogen.

3. Cincial Sign (C)

Klien dengan masalah nutrisi akan memperlihatkan tanda-tanda klinik yang jelas. Tanda-tanda abnormal tersebut bukan saja pada organ-organ fisiknya, tetapi juga fungsi fisiologisnya.

Tabel 1.2 Tanda Klinis Status Nutrisi

Organ/sistem tubuh	Tanda nutrisi baik	Tanda nutrisi buruk
Pemampilan umum	Sadar, responsif	Lesu, apatis, kaheksia
Berat badan	Normal untuk tinggi badan, usia, bentuk tubuh	Obesitas atau kurus
Postur	Tegak, lengan dan tungkai lurus	Bahu kendur, dada cekung, punggung bungkuk
Otot	Berkembang baik, kuat, tonus bagus, beberapa lemak di bawah kulit	Tidak/kurang berkembang, lemah, tonus buruk, edema, tidak mampu berjalan dengan baik
Kontrol sistem saraf	Perhatian baik, refleks normal, psikologis stabil	Kurang perhatian, iritabilitas, bingung, tangan dan kaki terasa terbakar dan kesemutan, kehilangan posisi, kelemahan dan nyeri otot, penurunan atau kehilangan refleks lutut dan tumit.
Fungsi gastrointestinal	Nafsu makan dan pencernaan baik, eliminasi teratur dan normal, tidak ada organ/massa yang teraba	Anoreksia, tidak dapat mencerna, konstipasi atau diare, pembesaran hati/limfa
Fungsi kardiovaskular	Denyut dan irama jantung normal, tidak ada mur-mur, tensi normal	Takikardia, pembesaran jantung, irama tidak normal, tensi meningkat
Vitalitas umum	Ketahanan, bertenaga, kebiasaan tidur baik, kuat	Mudah lelah, kurang energi, mudah tertidur, dan apatis
Rambut	Bersinar, berkilau, kuat, tidak mudah dicabut, kulit kepala sehat	Rambut berserabut, kusam, kusut, kering, tipis, dan kasar, depigmentasi, mudah rontok
Kulit (umum)	Halus, sedikit lembab, warna baik, turgor baik	Kasar, kering, bersisik, pucat, berpigmen, iritasi, ruam, kehilangan lemak subkutan
Wajah dan leher	Merah muda, warna merata, halus, tidak ada bengkak	Berminyak, diskolorasi, bersisik, bengkak, kulit gelap di pipi dan di bawah mata, kulit sekitar hidung dan mulut kasar
Bibir	Halus, warna baik, lembab (tidak pecah atau bengkak)	Kering, bersisik, kemerahan atau bengkak (keilosis), lesi sudut mulut, fisura atau skar (stomatitis).

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

Organ/sistem tubuh	Tanda nutrisi baik	Tanda nutrisi buruk
Mulut, membran mukosa	Membran mukosa rongga mulut warna merah muda sampai kemerahan	Membran mukosa mulut lembut dan bengkak
Gusi	Warna merah muda, tidak bengkak atau berdarah	Gusi bengkak dan mudah berdarah, margin kemerahan, inflamasi, gusi tertarik ke belakang
Lidah	Warna merah muda atau kemerahan gelap, tidak bengkak, halus, terdapat papila di permukaan, tidak ada lesi	Bengkak, skarlet dan kasar, warna magenta, seperti daging (glositis), papila hiperemia dan hipertrofi, papila atrofi
Gigi	Tidak berlubang dan nyeri, terang dan lurus, bersih dan tidak ada diskolorasi	Karies tidak terisi, gigi tidak ada, permukaan terpakai, burik (flourosis), salah posisi
Mata	Terang, jernih, bersinar, tidak ada luka di sudut membran, bulu mata lembab, warna merah muda, pembuluh darah terlihat atau tidak ada benjolan pada jaringan atau sklera, tidak ada lingkaran kelelahan di bawah mata	Konjungtiva pucat & membran kemerahan (konjungtivitis), kering, tanda infeksi, bintik bitot, kemerahan, fisura sudut kelopak mata (anular palpebritis), membran mata kering (konjungtiva serosis), kornea buram (kornea serosis), kornea lunak (keratomalasia)
Leher (kelenjar)	Tidak ada pembesaran kelenjar	Pembesaran tiroid
Kuku	Keras, merah muda	Bentuk seperti sendok (koilonisia), mudah patah, berpungung
Kaki, tungkai	Tidak nyeri, lemah, atau bengkak, warna baik	Edema, nyeri betis, kesemutan, lemah
Kerangka	Tidak ada malformasi	Kaki bengkok, lutut menyatu, deformitas dada pada diafragma, skapula dan rusuk menonjol

4. Dietary history (D)

- a. Kebiasaan asupan makanan dan cairan: pilihan, alergi, masalah, dan area yang berhubungan lainnya, seperti kemampuan klien untuk memperoleh makanan.
- b. Tingkat aktivitas: untuk menentukan kebutuhan energi dan membandingkannya dengan asupan makanan.
- c. Faktor yang memengaruhi pola diet dan status nutrisi:
 - 1) Status kesehatan: nafsu makan, anoreksia, dukungan nutrisi
 - 2) Kultur dan agama: jenis makanan dan diet, jumlah, kebiasaan makanan etnik
 - 3) Status sosial ekonomi: kecukupan ekonomi untuk menunjang harga makanan
 - 4) Pilihan pribadi: kesukaan terhadap diet, makanan favorit atau yang dihindari, makanan mewah (simbol status)

- 5) Faktor psikologis: motivasi untuk makan makanan yang seimbang, persepsi tentang diet, makanan mempunyai nilai simbolik (susu/kelemahan, daging/kekuatan).
 - 6) Alkohol dan obat-obatan: alkohol dan obat berlebihan berdampak pada defisiensi nutrisi, memengaruhi organ gastrointestinal, menekan nafsu makan, menghabiskan zat gizi yang tersimpan, dan mengurangi absorpsi zat gizi di dalam intestinal.
 - 7) Kesalahan informasi dan keyakinan terhadap makanan: mitos terhadap makanan, minat terhadap makanan, tekanan sebaya, keinginan untuk mengontrol pilihan diet. Keyakinan terhadap makanan sering salah (yogurt lebih bernutrisi dari susu, kerang meningkatkan potensi seksual, madu lebih menyehatkan daripada gula).
- d. Catatan makanan dalam 24 jam, frekuensi makan yang membantu untuk menyusun pola makanan sepanjang waktu.

B. MANIFESTASI PERUBAHAN NUTRISI

Manifestasi perubahan nutrisi dapat terjadi sebagai nutrisi kurang dan nutrisi lebih. Manifestasi perubahan nutrisi adalah di bawah ini :

1. Overweight

Seseorang dikatakan overweight jika indeks masa tubuh (IMT) 25 – 29,9 kg/m². Seseorang mengalami kenaikan berat badan jika ia memperoleh kalori lebih dari kebutuhan tubuh.

2. Obesitas

Seseorang dikatakan obesitas jika IMT 30 kg/m² atau lebih. Obesitas abnormal adalah obesitas yang dapat memengaruhi fungsi normal, antara lain mobilitas dan pernapasan.

3. Underweight

Seseorang dikatakan underweight jika ia berada sekurang-kurangnya 15% sampai 20% di bawah berat badan standard. Ini terjadi jika intake kurang untuk mencukupi nutrisi tubuh.

Latihan

- 1) Meliputi apa sajakah pengkajian untuk menetapkan status nutrisi?
- 2) Apakah yang dimaksud dengan obesitas?

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Pengkajian status nutrisi meliputi: anthropometric measurement (A), Biochemical data (B), clinical sign (C), dan dietary history (D).

- 2) Seseorang dikatakan obesitas jika IMT 30 kg/m² atau lebih. Obesitas abnormal adalah obesitas yang dapat memengaruhi fungsi normal, antara lain mobilitas dan pernapasan.

Ringkasan

Makanan dan cairan adalah kebutuhan dasar biologis semua makhluk hidup. Pengkajian nutrisi penting, khususnya bagi klien yang berisiko mempunyai masalah nutrisi yang berhubungan dengan stres, penyakit, hospitalisasi, kebiasaan gaya hidup, dan faktor-faktor lain. Perawat berkolaborasi dengan ahli diet dalam pengkajian nutrisi yang komprehensif.

Pengkajian status nutrisi meliputi: anthropometric measurement (A), Biochemical data (B), clinical sign (C), dan dietary history (D).

Manifestasi perubahan nutrisi dapat terjadi sebagai nutrisi kurang dan nutrisi lebih, yaitu overweight, obesitas, dan underweight .

Tes 1

- 1) Manakah pengkajian status nutrisi yang tidak dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat?
- A. Dietary history
 - B. Biochemical data
 - C. Anthropometric measurement
 - D. Clinical sign of nutritional status
- 2) Apakah salah satu yang dikaji pada pengukuran antropometri?
- A. Lingkar perut
 - B. Lingkar dada
 - C. Lingkar kepala
 - D. Lingkar lengan tengah atas
- 3) Manakah tanda klinik yang menunjukkan status nutrisi baik dilihat dari rambutnya?
- A. Kering
 - B. Berkilau
 - C. Berserabut
 - D. Depigmentasi
- 4) Disebut apakah suatu keadaan yang ditandai dengan IMT 30 kg/m² atau lebih?
- A. Obesitas
 - B. Overweight

- C. underweight
 - D. Normoweight
- 5) Apakah tes laboratorium yang digunakan untuk memelajari status nutrisi?
- A. Albumin
 - B. Leukosit
 - C. Asam urat
 - D. Trombosit

Topik 2

Diagnosa Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi

Baca dan pahami materi tentang diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi ini!

Pengkajian keperawatan memungkinkan untuk menentukan apakah terdapat masalah nutrisi. Diagnosa keperawatan yang telah diidentifikasi pada area nutrisi meliputi:

1. Diagnosa Keperawatan Utama Gangguan Kebutuhan Nutrisi

a. *Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh*

Definisi:

Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan dimana intake nutrisi seseorang kurang untuk mencukupi kebutuhan metabolisme.

Berhubungan dengan:

- 1) ketidakmampuan untuk menelan dan mencerna makanan;
- 2) ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi;
- 3) peningkatan kebutuhan tubuh karena faktor biologi (nyeri, infeksi rongga mulut, kelemahan otot menelan, nyeri mulut karena patologi), psikologi (kurang tertarik untuk makan, cepat kenyang setelah makan, ketidakmampuan mencerna makanan), atau faktor ekonomi (pendukung kurang makanan);
- 4) kurang informasi, misinformasi, miskonsepsi tentang nutrisi;
- 5) beberapa kondisi: kanker, trauma termal, sepsis, peningkatan kebutuhan tubuh.

Ditandai dengan:

- 1) kehilangan berat badan dengan intake makanan adekuat;
- 2) kehilangan berat badan dengan intake kurang dari yang dibutuhkan;
- 3) *catatan*: berat badan \geq 20% di bawah ideal memungkinkan konsekuensinya terhadap fungsi tubuh.

b. *Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh*

Definisi:

Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan dimana intake nutrisi seseorang melebihi kebutuhan metabolisme.

Berhubungan dengan:

- 1) intake berlebihan berhubungan dengan kebutuhan metabolik yang menghasilkan peningkatan berat badan;
- 2) gaya hidup yang menetap yang menurunkan metabolisme;
- 3) hipotiroidisme juga menurunkan metabolisme;
- 4) intake berlebihan dihubungkan dengan disfungsi pola makan;

- 5) pola makan yang mendukung kenaikan berat badan (pasangan makanan sama, konsentrasi intake makanan di malam hari;
- 6) makan di luar (situasi waktu dan sosial), banyak makan karena distress emosi.

Ditandai dengan:

- 1) berat badan 10 – 20% lebih dari ideal;
- 2) trisep skinfold > 15 mm pada laki-laki, dan 25 mm pada wanita.

c. *Perubahan nutrisi: risiko lebih dari kebutuhan tubuh*

Definisi:

Perubahan nutrisi: risiko lebih dari kebutuhan tubuh terjadi jika seseorang berisiko mengalami intake nutrisi yang melebihi kebutuhan metabolisme.

Berhubungan dengan:

- 1) menggunakan solid makanan sebelum usia 4 – 6 bulan;
- 2) penggunaan makanan untuk kenyamanan atau hadiah;
- 3) pasangan makanan yang sama;
- 4) konsentrasi intake di malam hari;
- 5) makan di luar, atau banyak makan.

Ditandai dengan:

- 1) obesitas satu atau kedua orang tua;
- 2) transisi pertumbuhan bayi dan anak yang cepat;
- 3) disfungsi pola makan.

d. *Kerusakan/gangguan menelan*

Definisi:

Kerusakan/gangguan menelan adalah mekanisme fungsi menelan abnormal berhubungan dengan defisit struktur atau fungsi oral, paring, atau oesofagus.

Berhubungan dengan:

- 1) kerusakan neuromuskular: menurun atau tidak adanya gag refleks, kekuatan otot mengunyah menurun, kerusakan persepsi, paralisis fasial;
- 2) obstruksi mekanik: edema, trakheostomi tube, tumor;
- 3) fatigue;
- 4) kurang semangat;
- 5) rongga oroparing kemerahan akibat infeksi;
- 6) kesadaran berkurang.

Ditandai dengan:

- 1) sulit menelan (stasis makanan di rongga mulut, batuk, atau tercekik;
- 2) aspirasi.

2. Diagnosa Keperawatan yang Berhubungan dengan Gangguan Nutrisi

- a. Perubahan pola eliminasi normal (diare, konstipasi) berhubungan dengan defisit nutrisi atau ketidakmampuan menggunakan nutrisi yang dicerna.
- b. Defisit self care : makan berhubungan dengan intake nutrisi rendah.
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan penurunan status nutrisi.
- d. Penyembuhan luka tertunda berhubungan dengan penurunan status nutrisi.
- e. Kerusakan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan kurang nutrisi.
- f. Defisit volume cairan berhubungan dengan malnutrisi berat.
- g. Aktivitas intoleran atau defisit self care berhubungan dengan kelemahan.
- h. Kurang pengetahuan terhadap diet baru (klien dengan DM atau masalah jantung), terapi nutritional (enteral, parenteral).
- i. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
- j. Kerusakan body image.
- k. Kerusakan harga diri.
- l. Isolasi sosial.

Ringkasan

Pengkajian keperawatan memungkinkan untuk menentukan apakah terdapat masalah nutrisi. Diagnosa keperawatan yang telah diidentifikasi pada area nutrisi meliputi:

1. Diagnosa keperawatan utama gangguan kebutuhan nutrisi
 - a. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
 - b. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh
 - c. Perubahan nutrisi: risiko lebih dari kebutuhan tubuh
 - d. Kerusakan/gangguan menelan
2. Diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan gangguan nutrisi
 - a. Perubahan pola eliminasi normal (diare, konstipasi) berhubungan dengan defisit nutrisi atau ketidakmampuan menggunakan nutrisi yang dicerna.
 - b. Defisit self care : makan berhubungan dengan intake nutrisi rendah
 - c. Risiko infeksi berhubungan dengan penurunan status nutrisi
 - d. Penyembuhan luka tertunda berhubungan dengan penurunan status nutrisi
 - e. Kerusakan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan kurang nutrisi
 - f. Defisit volume cairan berhubungan dengan malnutrisi berat
 - g. Aktivitas intoleran atau defisit self care berhubungan dengan kelemahan
 - h. Kurang pengetahuan terhadap diet baru (klien dengan DM atau masalah jantung), terapi nutritional (enteral, parenteral)
 - i. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan
 - j. Kerusakan body image
 - k. Kerusakan harga diri
 - l. Isolasi sosial

Tes 2

- 1) Apakah diagnosa keperawatan yang menyatakan suatu keadaan dimana intake nutrisi seseorang melebihi kebutuhan metabolisme?
 - A. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh
 - B. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
 - C. Perubahan nutrisi: risiko lebih dari kebutuhan tubuh
 - D. Perubahan nutrisi: risiko kurang dari kebutuhan tubuh

- 2) Apakah diagnosa keperawatan utama pada masalah nutrisi?
 - A. Defisit volume cairan berhubungan dengan malnutrisi berat
 - B. Kurang pengetahuan terhadap diet baru
 - C. Risiko infeksi berhubungan dengan penurunan status nutrisi
 - D. Perubahan nutrisi : lebih dari kebutuhan berhubungan dengan intake berlebihan

- 3) Seseorang usia 19 tahun, mempunyai kebiasaan banyak makan, suka ngemil, suka makan di malam hari. Berat badan > 2% dari berat badan ideal, mempunyai ibu obesitas.
Apakah diagnosa keperawatan utama yang muncul pada anak tersebut?
 - A. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh
 - B. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
 - C. Perubahan nutrisi: risiko lebih dari kebutuhan tubuh
 - D. Perubahan nutrisi: risiko kurang dari kebutuhan tubuh

- 4) Seorang pasien mengatakan cepat kenyang jika sudah makan kurang lebih 3 sendok, dan tidak mempunyai keinginan untuk makan lagi. Hal ini sudah terjadi kurang lebih 2 bulan. Berat badan turun 15% dari berat badan sebelumnya.
Apakah diagnosa keperawatan utama pada pasien tersebut?
 - A. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh
 - B. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
 - C. Perubahan nutrisi: risiko lebih dari kebutuhan tubuh
 - D. Perubahan nutrisi: risiko kurang dari kebutuhan tubuh

- 5) Apakah kemungkinan penyebab dari diagnosa keperawatan kerusakan/gangguan menelan?
 - A. Gaya hidup yang menetap
 - B. Ketidakmampuan untuk menelan
 - C. Menurun atau tidak adanya gag refleks
 - D. Menggunakan solid makanan sebelum usia 4

Topik 3

Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi

Topik 3 ini mempelajari intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi. Pelajarilah dengan baik materi berikut ini!

Intervensi keperawatan bertujuan untuk memastikan intake nutrisi adekuat, mengetahui dan mengikuti modifikasi diet. Kooperatif klien diperlukan untuk menetapkan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan.

Intervensi keperawatan meliputi tujuan dan rencana tindakan keperawatan.

1. Tujuan umum pada pasien/klien dengan masalah nutrisi:
 - a. klien akan menggunakan intake nutrisi untuk mencukupi kebutuhan tubuh dan meningkatkan kesehatan;
 - b. klien akan menggunakan intake diet yang adekuat untuk mencukupi energi tubuh yang keluar;
 - c. klien akan mendemonstrasikan pengetahuan yang adekuat untuk mengikuti resep atau terapi diet untuk meningkatkan kesehatan;
 - d. klien akan mencapai dan memelihara berat badan yang diinginkan.
2. Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan masalah nutrisi
Perawat membantu klien memahami faktor yang mengurangi nafsu makan, menggunakan pendekatan untuk menstimulasi nafsu makan, dan mengkaji klien untuk kebutuhan agen farmakologi yang menstimulasi nafsu makan atau mengatur gejala yang mengurangi nafsu makan.

A. MENSTIMULASI NAFSU MAKAN

Perawat menstimulasi nafsu makan klien dengan adaptasi lingkungan, konsultasi dengan ahli gizi, menentukan diet khusus dan pilihan makanan, pemberian obat yang menstimulasi nafsu makan, dan konseling klien dan keluarga.

1. Adaptasi Lingkungan

- a. Perawat bertanggungjawab menyediakan lingkungan yang kondusif untuk makan.
- b. Ruang klien harus bebas dari sisa material prosedur/bau.
- c. Posisi klien nyaman, sehingga makan lebih menyenangkan
- d. Berikan waktu yang cukup untuk mengantisipasi pengunjung dan perawatan kesehatan sebelum makan, termasuk perawatan mulut rutin atau setelah makan.

2. Konsultasi Dengan Ahli Gizi

- a. Asupan makanan klien dievaluasi dan dicatat.

- b. Perawat berbagi tanggung jawab dengan ahli gizi untuk mengevaluasi asupan makanan. Berbagi informasi tentang perhatian dan respons terapi diet klien akan menguntungkan perawat, ahli gizi, dan klien.
- c. Pendidikan kesehatan tentang diet terapeutik harus menjadi tanggung jawab yang bersama.
- d. Perawat menghubungkan modifikasi diet untuk kondisi keseluruhan klien dan menjelaskan bagaimana diet memberi kontribusi rencana asuhan keperawatan.

3. Menentukan Diet Khusus dan Pilihan Makanan

- a. Diet teratur kurang lebih terdiri dari 2500 kkal dan mengandung porsi beragam kelompok makanan yang tepat.
- b. Diet yang dimodifikasi atau yang terapeutik menunjukkan kebutuhan khusus pada proses penyakit. Komponen diet yang dimodifikasi termasuk isi nutrisi yang spesifik, jumlah kalori, tekstur makanan, atau bumbu makanan
- c. Terapi diet apapun hanya akan baik jika keinginan klien untuk mengikutinya. Rencana makanan harus individual dan dikembangkan dalam kolaborasi dengan klien. Klien yang memiliki kemampuan untuk ingesti makanan, dan yang tidak memiliki masalah atau sedikit masalah dengan digesti atau absorpsi, harus memperoleh kesempatan mencapai diet oral yang cukup.

4. Konseling Klien dan Keluarga

Klien yang mengalami defisit nutrisi atau obesitas, membutuhkan bantuan dalam perencanaan menu dan kepatuhan terapi diet yang direkomendasikan. Perencanaan makan harus mempertimbangkan anggaran keluarga dan perbedaan pilihan anggota keluarga. Makanan dipilih berdasarkan resep diet atau standard diet, variasi makanan, warna, serta konsistensinya.

B. TERAPI DIET DALAM MANAJEMEN PENYAKIT

Nutrisi yang baik penting bagi kesehatan dan penyakit, tetapi pola asupan diet yang spesifik yang menghasilkan nutrisi yang baik sering kali harus dimodifikasi dengan klien yang berpenyakit khusus.

1. Penyakit Gastrointestinal

Ulkus peptikum dikontrol dengan makanan dan pengobatan yang teratur, seperti simetidin. Simetidin adalah obat yang merupakan reseptor histamin antagonis yang menghalangi sekresi asam hidroklorida. Klien didorong untuk menghindari makanan yang meningkatkan keasaman perut, seperti kafein, kopi tanpa kafein, asupan susu yang sering, sari asam jeruk, dan bumbu tertentu (lada, cabe). Merokok dan alkohol tidak disarankan.

Formula dengan nutrisi yang siap untuk diabsorpsi cocok untuk radang usus, dan nutrisi parenteral diberikan jika disertai gejala diare dan kehilangan berat badan. Vitamin

dan zat besi diperlukan untuk mencegah anemia. Sindrome iritabilitas usus dikelola dengan meningkatkan serat, mengurangi lemak, menghindari makan besar, dan menghindari makanan yang mengandung laktosa atau sorbitol.

2. Penyakit Kardiovaskular

Diet untuk mengurangi faktor risiko perkembangan penyakit arteri koroner, yaitu pemeliharaan berat badan yang ideal, penurunan diet lemak 30% - 35% dari total kalori dan tidak lebih dari 10% lemak jenuh, peningkatan karbohidrat 50% - 55% dari total kalori, penggunaan protein hewani yang rendah, pembatasan kolesterol hingga 300 mg atau kurang, dan pembatasan sodium 2 - 3 g/hari (American Heart Association, 1993).

Nutrisi untuk hipertensi termasuk pengurangan kalori untuk pengurangan berat badan yang sesuai, penurunan asupan natrium, dan makanan yang kaya kalium jika diuretik digunakan dalam pengobatan.

3. Diabetes Mellitus (DM)

DM tipe II atau NIDDM (DM yang tidak tergantung insulin) biasanya dikontrol dengan terapi diet. DM tipe I atau IDDM (DM yang tergantung insulin memerlukan insulin dan pembatasan diet. Diet menjadi individual menurut usia, bentuk, berat badan dan aktivitas klien. Lemak 30% atau kurang dan karbohidrat 50% - 60% dari diet. Makanan mengandung serat yang larut air direkomendasi dengan asupan 40 g serat setiap hari.

4. Penyakit ginjal

Pada glomerulonefritis akut, cairan, garam, dan protein tidak dibatasi kecuali terdapat indikasi gejala, seperti edema, uremia, atau oliguri.

Pada gagal ginjal akut, pembatasan cairan kurang lebih 400 ml/hari. Protein dapat dibatasi dan asam amino parenteral diperlukan. Pada gagal ginjal kronis, diet kira-kira 80 g protein/hari dan membatasi jumlah kalium, fosfat, natrium, kalsium dan cairan.

Diet untuk batu ginjal, tergantung pada jenis batu. Batu kalsium fosfat, diet rendah kalsium dan tinggi asam. Batu asam urat, diet rendah purin. Batu kalsium oksalat, diet menghindari semua makanan yang tinggi kalsium dan oksalat.

5. Kanker

Sel maligna melawan sel normal untuk nutrien, yang meningkatkan kebutuhan metabolik. Malnutrisi pada kanker dihubungkan dengan peningkatan morbiditas dan penurunan waktu hidup. Penambahan nutrisi dapat meningkatkan kualitas hidup.

Terapi radiasi dapat memengaruhi sel normal lain yang memecah dengan cepat, seperti pada saluran pencernaan. Terapi radiasi dapat menyebabkan anoreksia, stomatitis, diare, striktur usus, dan nyeri. Radiasi kepala dapat menyebabkan gangguan rasa dan bau, penurunan saliva, dan disfagia.

6. Human Immunodeficiency Virus (HIV)

HIV menginfeksi klien dengan ciri merusak tubuh dan kehilangan berat badan yang hebat. Perusakan dihubungkan dengan asupan nutrisi dan kalori yang tidak adekuat, kehilangan nutrisi pada diare, malabsorpsi nutrisi dari penyakit saluran pencernaan, perubahan metabolisme, dan faktor yang belum teridentifikasi. Manajemen nutrisi berfokus pada memaksimalkan kalori dan nutrisi.

7. Efek Psikososial Diet Khusus

Makan memiliki arti simbolis bagi klien dan berhubungan dekat dengan gaya hidup, kebiasaan, latar belakang kebudayaan, dan aspek lain dari individu. Seseorang kadang senang makan pada waktu istirahat dari aktivitas kerja, makan bersama dengan orang lain. Klien memiliki kesulitan beradaptasi dengan diet khusus, lingkungan tempat makan, seperti rumah sakit. Perubahan diet, tempat makan dapat memengaruhi kesenangan makan klien. Perawat harus mengenali respons klien pada perubahan diet dan merencanakan dengan klien untuk menghilangkan efek negatif.

C. MAKAN SENDIRI

Klien yang cacat atau mengalami kerusakan penglihatan, harus diperbolehkan melakukan makan sebisa mungkin untuk mereka sendiri. Perawat harus membantu mempersiapkan makanan, peralatan, tempat, dan kondisi yang mempermudah klien untuk mengambil makanan dan makan sendiri.

D. PEMBERIAN MAKANAN ORAL

Perawat mempunyai tanggung jawab untuk membantu klien dalam pemberian makan. Perawat harus mengidentifikasi apakah klien dapat makan secara mandiri, makan sendiri dengan bantuan menyiapkan, atau disuapi. Perawat bekerja sama dengan tim dan keluarga supaya semua klien dapat diberi makan tepat waktu, dan terencana dengan baik.

E. NUTRISI ENTERAL

Nutrisi enteral adalah nutrisi yang diberikan melalui saluran pencernaan, baik melalui oral maupun selang pemberian makan. Nutrisi enteral adalah metode yang dipilih untuk memenuhi kebutuhan nutrisi jika saluran pencernaan berfungsi dengan baik, dengan menyediakan dukungan psikologis, keamanan, dan nutrisi yang ekonomis.

Klien yang tidak mampu mengunyah makanan, tetapi masih mampu mendigesti dan mengabsorpsi nutrisi, pemberian makan melalui selang nasogastrik.

F. NUTRISI PARENTERAL

Nutrisi parenteral adalah pemberian nutrisi melalui intravena. Nutrisi parenteral dapat mencegah malnutrisi secara efektif pada klien yang tidak dapat diberikan makanan melalui rute enteral. Pemberian pengobatan yang aman dari bentuk nutrisi ini bergantung pada pengkajian kebutuhan nutrisi yang tepat, manajemen kateter vena sentral yang cermat dan pemantauan yang hati-hati untuk mencegah atau menangani komplikasi metabolik.

Ringkasan

Intervensi keperawatan bertujuan untuk memastikan intake nutrisi adekuat, mengetahui dan mengikuti modifikasi diet. Kooperatif klien diperlukan untuk menetapkan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan.

Perawat membantu klien memahami faktor yang mengurangi nafsu makan, menggunakan pendekatan untuk menstimulasi nafsu makan, dan mengkaji klien untuk kebutuhan agen farmakologi yang menstimulasi nafsu makan atau mengatur gejala yang mengurangi nafsu makan.

Perawat menstimulasi nafsu makan klien dengan adaptasi lingkungan, konsultasi dengan ahli gizi, ketentuan diet khusus dan pilihan makanan, pemberian obat yang menstimulasi nafsu makan, dan konseling klien dan keluarga.

Nutrisi yang baik penting bagi kesehatan dan penyakit, tetapi pola asupan diet yang spesifik yang menghasilkan nutrisi yang baik seringkali harus dimodifikasi dengan klien yang berpenyakit khusus.

Tes 3

- 1) Apakah makanan yang harus dihindari oleh klien ulkus peptikum?
 - A. Makanan tinggi serat
 - B. Makanan yang mengandung laktosa
 - C. Makanan yang mengandung tinggi zat besi
 - D. Makanan yang meningkatkan asam lambung

- 2) Disebut apakah cara pemberian nutrisi melalui intravena?
 - A. Pemberian secara oral
 - B. Pemberian secara enteral
 - C. Pemberian secara parenteral
 - D. Pemberian menggunakan selang nasogastrik

- 3) Apakah diet yang cocok untuk mengurangi faktor risiko perkembangan penyakit arteri koroner?
- A. Lebih dari 10% lemak jenuh
 - B. Pembatasan sodium 5 - 10 g/hari
 - C. Penggunaan protein hewani yang tinggi
 - D. Penurunan diet lemak 30% - 35% dari total kalori
- 4) Siapakah yang bertanggungjawab dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang diet terapeutik?
- A. Dokter
 - B. Perawat
 - C. Ahli gizi
 - D. Tanggung jawab bersama
- 5) Bagaimana cara pemberian nutrisi pada klien yang tidak mampu mengunyah makanan, tetapi masih mampu mendigesti dan mengabsorbsi nutrien?
- A. Infus
 - B. Oral
 - C. Parenteral
 - D. Selang NGT

Topik 4

Evaluasi Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi

Pada Topik 4 ini Anda akan mempelajari tentang evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi. Baca dan pahami materi “evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nutrisi”.

Intervensi keperawatan sehubungan dengan nutrisi membantu sekali jika perawat dan klien setuju bahwa perkembangan telah dibuat untuk mengidentifikasi kriteria hasil. Perkembangan diukur dari kriteria hasil yang ditetapkan pada fase perencanaan. Tujuan umum diidentifikasi pada kriteria hasil klien, meskipun tujuan dan kriteria hasil selalu bersifat individual. Perawat dan klien akan memutuskan apakah tujuan awal disesuaikan, menetapkan tujuan baru, atau tujuan diakhiri.

1. Tujuan: klien akan menggunakan intake diet nutrisi untuk memenuhi kebutuhan tubuh dan meningkatkan kesehatan.

Kriteria hasil:

- a. dalam 24 jam, klien menggambarkan diet yang memberikan pemenuhan nutrisinya menggunakan piramida petunjuk makanan;
- b. dalam 3 hari, klien menjelaskan penggunaan seleksi makanan sehari-hari secara tepat dari piramida petunjuk makanan;
- c. klien makan diet secara sehat dengan membatasi intake lemak jenuh, gula halus, dan garam, yang disaksikan oleh pemberi pelayanan selama 5 hari ke depan;
- d. kulit dan kuku klien menunjukkan tidak adanya tanda klinik defisiensi atau kelebihan nutrisi;
- e. selama hospitalisasi, gula darah klien, albumin, dan kadar yang lainnya membaik dalam batas normal dan ditunjukkan dalam tes laboratorium.

2. Tujuan: klien akan mempertahankan intake diet adekuat untuk mencukupi pengeluaran energi tubuh.

Kriteria hasil:

- a. dalam 24 jam, klien atau pemberi pelayanan menggambarkan perubahan diet yang diperlukan untuk memenuhi intake kalori yang adekuat jika kebutuhan meningkat (hamil, menyusui, dewasa, trauma, atau pembedahan);
- b. klien latihan/aktivitas selama 30 menit tiap hari;
- c. dalam 1 bulan, klien menggunakan suplemen nutrisi (suplemen protein, vitamin) selama periode kebutuhan meningkat.

3. Tujuan: klien akan menunjukkan pengetahuan adekuat untuk menaati resep/terapi diet untuk meningkatkan kesehatan.

Kriteria hasil:

- a. setelah selesai pembelajaran, klien membuat daftar makanan atau diet spesial (rendah garam, rendah lemak);
- b. sebelum pulang, klien menggambarkan bagaimana untuk memilih gaya hidup (makan di restaurant, menyiapkan makan) untuk memenuhi pembatasan diet;
- c. sebelum pulang, klien mendiskusikan penggunaan dukungan keluarga dan komunitas secara realistis untuk memastikan nutrisi adekuat setelah pulang;
- d. sebelum pulang, klien atau pemberi perawatan menunjukkan bagaimana cara memberi makan melalui tube atau NPT secara aman.

4. Tujuan: klien akan menerima dan mempertahankan berat badan yang diinginkan.

Kriterian hasil:

- a. dengan tujuan yang telah ditetapkan oleh klien, yaitu berat badan spesifik yang dicapai;
- b. klien mengekspresikan kepuasan dengan makanan;
- c. jika berat badan overweight, klien mencapai 10% pengurangan berat badan selama 6 bulan;
- d. klien kehilangan berat badan sekitar 1 – 2 lb/minggu dalam 6 bulan;
- e. klien mengkombinasi diet yang sehat kalori rendah, meningkatkan aktivitas fisik, dan terapi perilaku ke dalam gaya hidup;
- f. jika berat badan underweight, klien meningkatkan berat badan pada tujuan yang spesifik dengan menetapkan periode waktu;
- g. klien mampu untuk menelan makanan tanpa nyeri atau tidak nyaman.

Ringkasan

Intervensi keperawatan sehubungan dengan nutrisi membantu sekali jika perawat dan klien setuju bahwa perkembangan telah dibuat untuk mengidentifikasi kriteria hasil. Perkembangan diukur dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada fase perencanaan. Tujuan umum diidentifikasi pada kriteria hasil klien, meskipun tujuan dan kriteria hasil selalu bersifat individual. Perawat dan klien akan memutuskan apakah tujuan awal disesuaikan, menetapkan tujuan baru, atau tujuan diakhiri.

Tes 4

- 1) Dari manakah keberhasilan kriteria hasil pada evaluasi keperawatan dapat dilihat?
 - A. Melihat data/informasi hasil pengkajian
 - B. Melihat tindakan keperawatan yang telah dilakukan
 - C. Melihat diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan
 - D. Melihat kriteria hasil yang ditetapkan pada fase perencanaan.

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- 2) Manakah yang tidak boleh dilakukan oleh perawat dan klien dalam melihat tujuan keperawatan pada tahap evaluasi?
- A. Tujuan diakhiri
 - B. Menghapus tujuan
 - C. Menetapkan tujuan baru
 - D. Tujuan awal disesuaikan
- 3) Apakah salah satu kriteria hasil dari tujuan klien akan mempertahankan intake diet adekuat untuk mencukupi pengeluaran energi tubuh?
- A. Klien mengurangi latihan/aktivitas setiap hari
 - B. Klien menggunakan suplemen nutrisi selama kebutuhan meningkat
 - C. Kulit dan kuku klien menunjukkan tidak adanya tanda klinik defisiensi atau kelebihan nutrisi
 - D. Klien menggambarkan perubahan diet yang diperlukan untuk memenuhi intake kalori yang adekuat jika kebutuhan meningkat
- 4) Apakah salah satu kriteria hasil dari tujuan klien akan menerima dan mempertahankan berat badan yang diinginkan?
- A. Klien merasa nyeri untuk menelan makanan
 - B. Klien mengekspresikan rasa tidak puas dengan makanan
 - C. Klien mencapai 1% penurunan berat badan selama 6 bulan pada overweight
 - D. *Klien mengkombinasi diet sehat kalori rendah, meningkatkan aktivitas fisik, dan terapi perilaku ke dalam gaya hidup*
- 5) Manakah tujuan keperawatan yang ditunjukkan dengan klien membuat daftar makanan atau diet spesial (rendah garam, rendah lemak)?
- A. Klien akan menerima dan mempertahankan berat badan yang diinginkan.
 - B. Klien akan mempertahankan intake diet adekuat untuk mencukupi pengeluaran energi tubuh.
 - C. Klien akan menunjukkan pengetahuan adekuat untuk menaati terapi diet untuk meningkatkan kesehatan.
 - D. Klien akan menggunakan intake diet nutrisi untuk memenuhi kebutuhan tubuh dan meningkatkan kesehatan.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B. Biochemical data
- 2) D. Lingkar lengan tengah atas
- 3) B. Berkilau
- 4) A. Obesitas
- 5) A. Albumin

Tes 2

- 1) A. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh
- 2) D. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan berhubungan dengan intake berlebihan
- 3) C. Perubahan nutrisi: risiko lebih dari kebutuhan tubuh
- 4) B. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
- 5) C. Menurun atau tidak adanya gag refleks

Tes 3

- 1) D. Makanan yang meningkatkan asam lambung
- 2) C. Pemberian secara parenteral
- 3) D. Penurunan diet lemak 30% - 35% dari total kalori
- 4) D. Tanggung jawab bersama
- 5) D. Selang NGT

Tes 4

- 1) D. Melihat kriteria hasil yang ditetapkan pada fase perencanaan
- 2) B. Menghapus tujuan
- 3) B. Klien menggunakan suplemen nutrisi selama kebutuhan meningkat
- 4) D. Klien mengkombinasi diet sehat kalori rendah, meningkatkan aktivitas fisik, dan terapi perilaku ke dalam gaya hidup
- 5) C. Klien akan menunjukkan pengetahuan adekuat untuk menaati terapi diet untuk meningkatkan kesehatan.

Glosarium

1. Anthropometric measurement (A) adalah suatu sistem pengukuran ukuran dan susunan tubuh dan bagian khusus tubuh.
2. Lingkar pergelangan tangan digunakan untuk memperkirakan kerangka tubuh klien.
3. Lingkar lengan bagian tengah atas (mid-upper arm circumference, MAC) digunakan untuk memperkirakan massa otot skelet
4. Lipatan kulit tricep (triceps skinfold, TSF) digunakan untuk memperkirakan isi lemak dari jaringan subkutan.
5. Lingkar otot lengan bagian tengah atas (mid-upper arm muscle circumference, MAMC) adalah perkiraan dari masa otot skelet, dihitung dari pengukuran antropometrik MAC dan TSF. $MAMC = MAC - (TSF \times 3,14)$.
6. Biochemical data (B) adalah tes laboratorium yang digunakan untuk memelajari status nutrisi
7. Cincin sign (C) adalah tanda klinik yang meliputi organ fisik dan fungsi fisiologis untuk memperlihatkan status nutrisi
8. Overweight: seseorang dengan indek masa tubuh (IMT) $25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$.
9. Obesitas: seseorang dengan IMT 30 kg/m^2 atau lebih.
10. Underweight: seseorang jika ia berada sekurang-kurangnya 15% sampai 20% di bawah berat badan standard.

Daftar Pustaka

- Craven,R.F., Hirnle,C.J., 2000., *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function., Third Edition.*, Philadelphia: JB. Lippincott Company.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 1994., *Clinical Nursing Skill & Techniques.*, Buku 2., Third Edition., St.Louis, Missouri: Mosby-Year. Book Inc.
- Potter,P.A., Perry,A.G., 2010., *Fundamentals of Nursing : Fundamental Keperawatan.*, Buku 3., Edisi 7., Jakarta : EGC.
- 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
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., 2002, *Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*, Alih Bahasa : Monica Ester, Jakarta: EGC.
- Wilkinson,J.M., 2007., *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC.*, Edisi 7., Jakarta : EGC.

Penutup

Selamat! Anda telah berhasil menyelesaikan Bab 4 mata ajar Kebutuhan Dasar Manusia II (KDM II) tentang Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi.

Bab ini membahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kebutuhan nutrisi yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi. Penulis yakin anda cukup memahami uraian materi yang diberikan.

Hal yang penting untuk Anda ingat dari bab ini adalah masalah apa yang muncul pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan nutrisi dan bagaimana cara memberikan tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada klien tersebut. Uraian tentang konsep gangguan kebutuhan nutrisi dan asuhan keperawatannya ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang baik bagi anda pada saat anda menghadapi kasus-kasus pada klien di lahan praktik yang memerlukan penanganan dan perawatan.

Akhirnya penulis mengharapkan agar pemahaman anda tersebut dapat diaplikasikan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien. Untuk mengukur kembali pemahaman anda mengenai isi bab ini, jangan lupa untuk mengikuti test akhir bab yang dapat diminta pada tutor Anda.

Selamat atas keberhasilan Anda! “Sampai berjumpa pada program ujian di waktu yang akan datang!”

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DAN PERAWATAN LUKA

Addi Mardi Harnanto, MN

PENDAHULUAN

Salah satu kebutuhan yang paling dasar dari manusia adalah mempertahankan kulit dalam kondisi utuh, sehat dan lembab. Kulit utuh adalah barisan pertama pertahanan tubuh terhadap invasi mikroorganisme. Apabila kulit terjaga keutuhan, kebersihan dan kesehatannya maka tubuh akan terlindung dari infeksi. Apabila seseorang mengalami sakit dan harus dirawat dalam waktu tertentu maka kulit beresiko terjadi gangguan. Salah satu kondisi yang sering terjadi adalah luka yang diakibatkan karena penekanan atau sering disebut luka dikubitus atau *pressure ulcers*. Untuk mencegah terjadinya *pressure ulcers* adalah dengan memberikan intervensi keperawatan yang baik diantaranya dengan pengkajian yang teliti sehingga dapat ditegakkan diagnosis keperawatan yang relevan. Dengan ditegakkannya diagnosis keperawatan yang baik maka akan terformulasi intervensi keperawatan yang baik pula sehingga klien bisa terbebas dari permasalahan gangguan integritas kulit tersebut.

Luka merupakan salah satu gangguan integritas kulit yang serius. Luka dapat terjadi karena berbagai macam penyebab diantaranya karena faktor fisik dan kimiawi. Melalui proses fisiologis, luka dapat sembuh dengan sendirinya. Penyembuhan luka dapat melalui beberapa tahapan. Tugas perawat adalah menyusun proses keperawatan yang baik yang dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, perumusan intervensi dan implementasi serta melakukan evaluasi untuk membantu klien menyembuhkan luka tersebut. Apabila luka tidak tersembuhkan dengan baik maka akan muncul komplikasi luka diantaranya hematom dan infeksi yang terdiri dari *cellulitis, abses, lymphangitis, dehiscence* dan *eviscerasi* serta *keloid*.

Pada hakikatnya tujuan akhir dari asuhan keperawatan klien dengan luka adalah memandirikan klien dalam pemeliharaan kesehatannya, termasuk dalam proses penyembuhan dari luka yang dideritanya. Selain itu dengan manajemen pemberian obat-obatan yang baik diharapkan dapat membantu pasien dalam mencapai kesembuhan dan terhindar dari risiko pemberian obat yang tidak sesuai dengan prosedur. Untuk dapat melakukan peran tersebut seorang perawat dituntut mempunyai kompetensi yang memadai, handal dan profesional sehingga dalam menjalankan perannya dapat dilakukan dengan profesionalisme tinggi. Tujuan akhir asuhan keperawatan tersebut dapat tercapai secara maksimal dengan hasil yang bermutu tinggi.

Asuhan keperawatan klien dengan luka yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi 5 tahap, yaitu Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Tindakan, dan Evaluasi keperawatan. Lingkup asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem pendengaran dapat dilakukan dalam berbagai tingkatan sesuai

dengan keadaan klien, yaitu tingkat *health promotion, specific protection, early diagnosis and prompt treatment, disability limitation serta rehabilitation*.

Terdapat empat pokok bahasan yang akan dibahas dalam Bab 5 ini. Pokok-pokok bahasan tersebut, yaitu pengkajian pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka, penegakan diagnosis keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka, perumusan intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka serta evaluasi keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka.

Setelah Anda mempelajari materi dalam bab ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, Anda diharapkan akan dapat menjelaskan:

1. pengkajian pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka;
2. penegakan diagnosis keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka;
3. perumusan intervensi atau tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka;
4. evaluasi keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka.

Topik 1

Pengkajian Integritas Kulit dan Luka

Pada Topik 1 ini, Anda akan diajak untuk memulai belajar proses keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka. Tentunya Anda telah memahami tentang konsep integritas kulit dan perawatan luka yang telah disajikan pada Bab 1 tentang konsep kebutuhan dasar manusia. Marilah kita mengingat pengertian dari luka, yaitu rusak/terputusnya kontinuitas jaringan.

Menjaga integritas kulit pada pasien rawat inap adalah salah satu tujuan yang paling mendasar dan penting dari praktik keperawatan. Langkah-langkah untuk mencegah, mengembalikan atau menyembuhkan kerusakan kulit menggambarkan pengintegrasian pengetahuan, berpikir kritis dan keterampilan perawatan (Gardiner, L. Lampshire, S., Biggins, A., McMurray, A., Noake, N., Van Zyl, M., Vickery, J., Woodage, T., Lodge, J., & Edgar, M., 2008). Kulit yang sehat dapat melindungi klien dari trauma baik trauma fisik atau mekanik maupun kimiawi. Kulit merupakan organ primer dalam melindungi tubuh dari masuknya mikroorganisme patogen. Apabila terjadi gangguan integritas kulit maka akan menciptakan pintu masuknya mikroorganisme patogen (*port of entry*) yang akan menyebabkan terjadinya infeksi. Guna mencegah bahaya infeksi yang masuk melalui kulit, maka kesehatan kulit harus selalu dijaga dengan baik. Melalui pengkajian yang komprehensif, diharapkan gangguan integritas kulit dapat dideteksi sejak dini dan dapat menyelamatkan klien dari infeksi.

Sebelum melaksanakan pengkajian, perhatikan kesiapan lingkungan dan kesiapan pasien. Perhatikan kebersihan dan kenyamanan ruangan termasuk pencahayaan dan suhu. Pilihlah waktu yang tepat di saat pasien dalam keadaan santai atau rileks sehingga pasien dapat kooperatif dengan perawat. Privasi klien juga perlu dijaga karena kemungkinan bagian yang akan kita periksa adalah pada bagian tubuh yang sensitif. Laksanakan pemeriksaan fisik pada ruang tertutup. Apabila klien berada di ruang perawatan umum yang terdiri dari beberapa pasien, pasanglah tirai atau sketsel sebagai penutup.

Pengkajian integritas kulit dapat dilaksanakan dengan metode anamnesis dan pemeriksaan fisik. Sumber informasi anamnesis adalah klien langsung maupun keluarga atau orang terdekat. Perawat dapat menanyakan tentang keadaan kulit dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan kulit diantaranya:

1. Apakah kulit kering, terdapat pruritus, luka, ruam, benjolan, warna, tekstur, bau, dan lesi yang tidak kunjung sembuh?
2. Apakah warna kulit berubah menjadi putih, kemerahan, *freckle*? Dan apakah rambut atau kulit berwarna terang atau terbakar?
3. Apakah klien sering terpapar sinar matahari dan kebiasaan penggunaan tabir surya, bekerja dengan paparan damar, batu bara, tar, produk minyak bumi, senyawa arsenic, atau radium?
4. Bagaimanakah kebiasaan mandi dan apakah jenis sabun yang sering digunakan?
5. Apakah memiliki alergi?

6. Apakah klien menggunakan obat topical kulit dan pengobatan tradisional untuk kulit?
7. Bagaimanakah riwayat keluarga, apakah keluarga memiliki penyakit kanker kulit dan psoriasis?

Setelah melaksanakan anamnesis, langkah selanjutnya adalah melakukan pemeriksaan fisik. Syarat dilaksanakannya pemeriksaan fisik adalah:

1. Dilaksanakan pada ruangan yang cukup pencahayaan karena dengan cahaya yang adekuat, perawat dapat mengidentifikasi kondisi kulit secara tepat. Pencahayaan yang baik adalah pencahayaan yang alami dengan sinar matahari.
2. Perawat juga harus memperhatikan suhu ruangan pemeriksaan karena suhu ruangan sangat berpengaruh terhadap hasil pemeriksaan kulit. Ruangan yang terlalu hangat akan menyebabkan vasodilatasi superfisial sehingga mengakibatkan warna kemerahan pada kulit, sedangkan lingkungan yang dingin dapat menimbulkan sianosis pada bibir dan kuku (Talbot & Curtis dalam Potter & Perry, 2010).
3. Perawat wajib melaksanakan *universal precautions* sebelum, selama dan sesudah melaksanakan pemeriksaan fisik. Jangan lupa cuci tangan dan menggunakan selalu sarung tangan (*handscoon*) disposable apabila memeriksa bagian tubuh yang mengalami lesi terbuka, lembab dan basah.
4. Perawat harus menjaga privasi pasien dengan memperhatikan apakah lingkungan dalam keadaan tertutup.

Pemeriksaan diawali dengan inspeksi dengan melihat warna kulit. Warna kulit normal berbeda-beda antara satu suku atau ras dengan yang lainnya. Pigmentasi kulit normal berkisar dari warna merah muda sampai merah pada kulit putih dan coklat, coklat tua atau gelap. Pada lansia, pigmentasi bertambah secara tidak merata sehingga menimbulkan warna kulit yang berbeda dari bagian yang lainnya. Adapun warna-warna kulit yang tidak normal adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1. Variasi Warna Kulit

Warna	Kondisi	Penyebab	Lokasi Pemeriksaan
Kebiruan (sianosis)	Hipoksia	Penyakit jantung/ paru-paru, lingkungan dingin	Kuku, bibir, mulut, kulit
Pucat (pallor)	kadar oksihemoglobin menurun	anemia	wajah, konjungtiva, kuku, telapak tangan
	visibilitas oksihemoglobin yang menurun akibat penurunan aliran darah	syok	kulit, kuku, konjungtiva, bibir
Hilangnya pigmentasi	vitiligo	kongenital, autoimun	wajah, lengan, tangan

Warna	Kondisi	Penyebab	Lokasi Pemeriksaan
Kekuningan (jaundice)	peningkatan bilirubin jaringan	penyakit hati, penghancuran sel darah merah	sclera, membrane mukosa, kulit
Kemerahan (Eritema)	peningkatan visibilitas oksihemoglobin akibat dilatasi atau peningkatan aliran darah	demam, trauma, masukan alcohol	wajah, area trauma, sacrum, bahu, lokasi lain untuk ulkus tekan
Coklat terbakar matahari	peningkatan kadar melanin	terpapar sinar matahari, kehamilan	area yang terpajan sinar matahari, seperti wajah, lengan, areola, puting susu

Sumber: Potter & Perry (2010). *Fundamental of Nursing*. Elsevier: Singapura.

Setelah itu, perawat melakukan pemeriksaan kelembaban kulit. Hidrasi kulit dan membrane mukosa memberikan gambaran keseimbangan cairan tubuh, perubahan lingkungan kulit dan regulasi suhu tubuh. Kelembaban menunjukkan tingkat kebasahan dan kandungan minyak. Kulit normal digambarkan dengan kondisi halus dan kering. Palpasi ujung jari dengan tidak menggunakan sarung tangan untuk merasakan adanya kesuraman, kekeringan, dan adanya tampilan butiran serupa ketombe saat permukaan kulit digosok ringan (*flacking*). Kulit dengan kemunculan flacking dan sisik menandakan kulit terlalu kering (Potter & Perry, 2010).

Mengkaji suhu yang dilakukan dengan palpasi kulit menggunakan punggung tangan bertujuan untuk mengetahui kelancaran sirkulasi. Kulit normal dapat diindikasikan dengan suhu yang hangat. Selain itu, ulkus tekan tahap I dapat dideteksi dengan pemeriksaan suhu dan eritema pada area kulit.

Tekstur kulit adalah karakter permukaan kulit dan persepsi tentang bagian dalamnya. Mengkaji tekstur kulit adalah dengan cara mengelus dengan ujung jari. Tekstur kulit normal adalah halus, lembut, seimbang, serta fleksibel pada anak-anak dan dewasa. Lansia memiliki kulit yang keriput karena kekurangan kolagen, lemak, subcutan, dan kelenjar keringat. Perubahan local dapat diakibatkan oleh trauma, luka operasi, atau lesi.

Turgor adalah elastisitas kulit. Turgor kulit akan menurun apabila terjadi edema dan dahidrasi. Turgor normal dapat diperiksa dengan cara diangkat (dicubit) dan apabila dilepaskan akan segera pulih ke posisi awal. Penurunan turgor mengakibatkan risiko gangguan kulit.

Sirkulasi kulit memengaruhi warna lokal dan tampilan pembuluh darah superfisial. Seiring penuaan, kapiler menjadi mudah pecah. Area tekan local yang ditemukan setelah klien berada pada posisi tertentu, tampak merah, merah muda atau pucat. Tanda ptekie adalah bintik sebesar jarum berwarna merah atau ungu di kulit yang diakibatkan perdarahan

kecil. Ptekie tidak dapat memutih, namun dapat mengindikasikan kelainan darah yang serius, reaksi obat, atau penyakit hati.

Kulit yang bengkak dapat disebabkan karena penumpukan cairan di ruang interstitial yang disebut edema. Trauma langsung dan gangguan aliran vena merupakan penyebab utama edema. Pemeriksaan inspeksi dapat dilakukan untuk melihat lokasi, warna dan bentuk. Edema akan memisahkan permukaan kulit dari lapisan pigmen dan vaskuler sehingga menyembunyikan warna kulit. Setelah itu dilakukan palpasi untuk menentukan mobilitas, konsistensi, dan nyeri tekan. Pitting edema adalah apabila tekanan jari pemeriksa meninggalkan lekukan. Untuk mengkaji derajat pitting edema, dapat dilakukan dengan menekan menggunakan ibu jari selama beberapa detik lalu lepaskan. Kedalaman lekukan dicatat dalam millimeter dan dapat digunakan untuk menentukan tingkat edema. Contohnya, edema +1 sesuai dengan kedalaman 2 mm, 2+ sesuai dengan kedalaman 4 mm, 3+ sesuai dengan 6 mm, 4+ sesuai dengan 8 mm.

Kulit normal tidak memiliki lesi kecuali adanya freckle atau perubahan terkait usia, seperti flek kulit, keratosis senilis (penebalan kulit), angioma dan kutil. Pengkajian lesi dapat dilakukan inspeksi warna, lokasi, tekstur, ukuran, bentuk, tipe, pengelompokan dan distribusi. Jika terdapat eksudat amati warna, bau, jumlah dan konsistensi.

Rambut dan kuku merupakan bagian dari integritas kulit. Pemeriksaan rambut diawali dengan inspeksi warna, distribusi, kuantitas, ketebalan, tekstur dan lubrikasi rambut tubuh. Rambut kulit kepala tampak kasar atau halus, keriting atau lurus, berkilau, halus dan lentur. Warna berkisar antara pirang sampai hitam. Pada lansia, rambut berwarna kelabu suram, putih atau kuning. Gangguan rambut diantaranya adalah wanita dengan hirsutisme, yaitu pertumbuhan rambut di bibir atas, dagu dan pipi dengan rambut vellus yang menjadi semakin kasar di seluruh tubuh. Alopesia adalah hilang atau menipisnya rambut yang biasanya bersifat genetic dan terkait dengan diabetes, tiroiditis, dan menopause. Faktor nutrisi, seperti kekurangan gizi juga berpengaruh terhadap pertumbuhan rambut ditandai dengan rambut tipis, suram, kering (Potter & Perry, 2010).

Pengkajian kuku diawali dengan inspeksi warna di area bantalan kuku, kebersihan, panjang, ketebalan dan bentuk kuku, dan kondisi lipatan kuku lateral dan proksimal di sekitar kuku. Inspeksi memberikan gambaran praktik higienitas klien. Kuku normal akan tampak transparan, mulus, melekuk, dan cembung dengan sudut bantalan kuku sekitar 160 derajat. Kutikel sekitar tampak mulus, utuh dan bebas radang.

Pertanyaan-pertanyaan sebagai pengkajian integritas kulit didasari pada sensasi, mobilisasi, kontinensis, dan adanya luka. Pertanyaan-pertanyaan dapat dilihat pada Tabel 5.2 di bawah ini.

Tabel 5.2.

Pertanyaan	
Sensasi	Apakah anda mengalami penurunan sensasi pada ekstremitas atau area lain? Apakah Anda sensitive terhadap panas dan dingin?
Mobilisasi	Apakah Anda memiliki keterbatasan fisik, cedera atau paralisis yang membatasi gerak mobilisasi Anda? Apakah Anda mudah mengubah posisi?

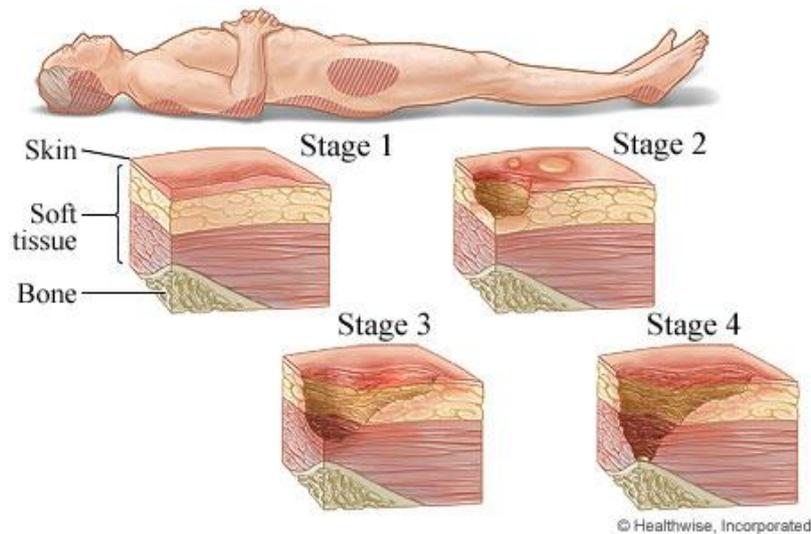
Kontinensia	Apakah Anda merasa nyeri saat bergerak? Apakah Anda memiliki masalah dengan kontinensia urine atau fekal? Bantuan apa yang Anda butuhkan saat membutuhkan toilet? Seberapa sering Anda menggunakan toilet? Pada siang hari atau pada malam hari?
Adanya luka	Apa penyebab luka/ Kapan luka terjadi? Dimana lokasinya dan dimensinya/ Apa yang terjadi sejak luka? Perubahan apa yang terjadi dan apa penyebabnya? Kapan klien mendapatkan suntikan tetanus? Terapi, aktivitas, dan perawatan apa yang memperlambat atau membantu proses penyembuhan luka? Apakah terdapat kebutuhan khusus agar luka dapat sembuh? Apakah terdapat gejala yang berhubungan, seperti nyeri atau gatal-gatal pada luka? Bagaimana gejala itu di atas dan intervensi apa yang efektif? Apa tujuan klien, luka, dan penyembuhan?

Sumber: Potter & Perry (2010). Fundamental of Nursing. Elsevier: Singapura.

Ulkus tekan dapat beresiko terjadi pada klien yang perlu mendapatkan perhatian apabila klien dengan penyakit neurologis, klien dengan penyakit kronis atau perawatan jangka panjang, klien dengan status mental, dan klien pada perawatan unit intensif, onkologi, perawatan menjelang kematian, atau klien ortopedik. Pengkajian kerusakan tekanan jaringan meliputi inspeksi visual dan taktil pada kulit. Perhatikan pada kulit yang berada di atas penonjolan tulang atau di bawah gips, traksi, belat, penjepit, kolar, dan alat ortopedik lainnya. Perhatikan adanya hiperemia dan segera dokumentasikan lokasi, ukuran, dan warna serta kaji kembali area setelah 1 jam. Apabila terdapat dugaan hiperemia reaktif normal, berikan tanda dengan lingkaran untuk memudahkan pengkajian. Tanda ini adalah indikator dini gangguan integritas kulit, tetapi kerusakan jaringan yang ada di bawahnya kemungkinan lebih progresif. Palpasi dalam mengkaji taktil dapat membantu mendapatkan data indurasi dan kerusakan kulit dan jaringan yang berada di bawahnya.

Palpasi jaringan yang mengalami kemerahan, observasi daerah yang memucat dengan mengembalikan tonus otot normal pada klien dengan tonus otot yang lemah. Melakukan palpasi indurasi dan mencatat indurasi dalam satuan millimeter atau centimeter dari daerah luka. Palpasi digunakan juga untuk mengkaji temperatur daerah di sekitar luka. Lakukan inspeksi dan palpasi pada daerah bagian tubuh yang beresiko terjadinya ulkus tekan terutama pada bagian-bagian tubuh yang menonjol atau tertekan. Pengkajian risiko ulkus tekan dapat menggunakan beberapa skala diantaranya Skala Norton. Skala ini memberikan skor pada lima faktor risiko, yaitu: kondisi fisik, kondisi mental, aktivitas, mobilisasi, dan inkontinensia. Jumlah skor berkisar dari 5-20; skor yang lebih rendah mengindikasikan risiko yang lebih besar pada perkembangan ulkus tekan (WOCN dalam Potter & Perry, 2010). Selain itu juga dapat digunakan Skala Braden. Skala Braden dikomposisikan pada enam subskala, yaitu: sensori persepsi, kelembapan, aktivitas, mobilisasi, nutrisi, serta gesekan dan geseran. Jumlah skor berkisar dari 6-23; skor yang lebih rendah mengindikasikan risiko lebih tinggi berkembangnya ulkus tekan (Braden dan Bergstrom dalam Potter & Perry, 2010).

Coba Anda perhatikan titik-titik tonjolan tubuh yang beresiko menyebabkan pressure ulcers pada gambar di bawah ini:



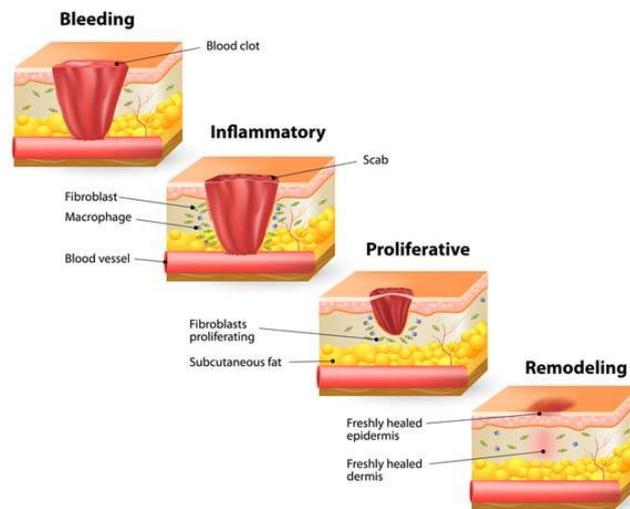
Sumber: <http://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/four-stages-of-pressure-sores>.

Gambar 5.1.

Lokasi penekanan bagian tubuh sebagai risiko pressure ulcers dan tahapan pressure ulcers.

Apabila terjadi luka, pengkajian dilakukan saat cedera terjadi dan saat luka tidak stabil. Data yang harus diperoleh pertama kali adalah penyebab dan riwayat luka. Jenis luka adalah data yang harus dikaji segera untuk menentukan tindakan kedaruratan. Sebagai contoh lakukanlah observasi tanda dan gejala perdarahan internal apabila didapati klien dengan luka tusuk. Setelah ditemukan klien dalam kondisi stabil setelah dilakukan pengkajian airway, breathing & circulation, maka lakukan inspeksi perdarahan pada luka. Laserasi yang panjangnya lebih dari 5 cm (2 inci) atau dalamnya 2,5 cm (1 inci) dapat menyebabkan perdarahan yang serius. Inspeksi adanya benda asing atau materi yang terkontaminasi pada luka, seperti tanah, pecahan kaca, benda asing lainnya. Tahap pengkajian selanjutnya adalah ukuran luka. Laserasi yang dalam membutuhkan jahitan. Perlu dipertimbangkan pemberian suntikan tetanus toksoid dan dikaji kapan klien mendapatkan suntikan tersebut. Suntikan tetanus toksoid wajib diberikan apabila klien belum pernah mendapatkannya atau pernah mendapatkan lebih dari 5 tahun yang lalu.

Stase penyembuhan luka dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Sumber: <http://www.dillerlaw.com/injuries/why-wont-my-wound-heal.html>

Gambar 5.2.
Stase penyembuhan Luka

Pada kondisi stabil, luka perlu dirawat untuk mempercepat penyembuhan dan pencegahan infeksi, misalkan klien dengan pasca operasi. Inspeksi luka dilakukan untuk melihat apakah ujung luka sudah mulai menutup, jaringan yang ada di bawahnya, serta tanda-tanda komplikasi, seperti dehisens dan eviserasi. Klien dengan luka pasca operasi perlu dilakukan pengkajian drainase luka diantaranya mencatat jumlah, warna, bau, dan konsistensi drainase. Jenis drainase meliputi serosa, sanguinosa, serosanguinosa, dan purulent. Apabila menemukan drainase berbau busuk atau tajam, hal ini mengindikasikan adanya infeksi. Jika mendapatkan drainase yang purulent, segera ambil specimen drainase untuk dilakukan kultur. Sampel drainase untuk kultur diambil dari drainase baru.

Palpasi luka adalah langkah pengkajian selanjutnya. Palpasi dilakukan dengan menekan secara pelan-pelan pada sekitar luka. Palpasi dilakukan untuk meraba adanya pembengkakan di sekitar luka atau adanya penumpukan drainase. Bengkak yang hebat biasanya menunjukkan tanda infeksi.

Gambar di bawah ini menunjukkan bagaimana cara mengukur diameter luka sebagai bahan pengkajian:



Sumber: <http://www.wikihow.com/Measure-Wound-Granulation>

Gambar 5.3. Mengukur diameter luka

Menurut Smith, Duell, & Martin (2008), inti dari pemeriksaan integritas kulit adalah dengan melakukan:

1. mengkaji tanda kerusakan kulit dan adanya erupsi lesi;
2. mengkaji warna kulit;
3. memeriksa penurunan turgor kulit;
4. mengevaluasi adanya keluhan gatal dan mati rasa;
5. mengevaluasi tekstur kulit;
6. mengkaji higienitas secara umum;
7. melakukan observasi peningkatan atau penurunan pigmentasi dan perubahan warna;
8. mengevaluasi kondisi klien untuk menentukan apakah kemungkinan memerlukan bantuan peralatan yang sesuai atau model bed atau kasur khusus.

Adapun secara khusus, pengkajian pasien dengan luka dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Anamnesis

- a. Biodata yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat dan lain-lain.
- b. Keluhan utama
- c. Riwayat kesehatan yang meliputi riwayat penyakit dahulu, status kesehatan keluarga serta status perkembangan
- d. Aktivitas sehari-hari
- e. Riwayat psikososial

2. Pemeriksaan luka

Perawat dapat melakukan pemeriksaan luka dengan metode inspeksi dan palpasi untuk mendapatkan data tentang luka yang meliputi:

- a. Perdarahan
- b. Proses inflamasi (kemerahan & pembengkakan)
- c. Proses granulasi jaringan (yaitu menurunnya reaksi inflamasi pada saat pembekuan berkurang)
- d. Jaringan parut atau bekas luka (scar) akibat fibroblas dalam jaringan granulasi mengeluarkan kolagen yang membentuknya serta berkurangnya ukuran parut yang merupakan indikasi terbentuknya keloid.
- e. Benda asing atau bahan2 pengontaminasi pada luka, misal: tanah, pecahan kaca atau benda asing lain.
- f. Ukuran, kedalaman dan lokasi luka.
- g. Drainase, pembengkakan, bau yang kurang sedap dan lokasi nyeri pada daerah luka.

Data-data hasil pengkajian di atas harus dicatat dengan lengkap dan teliti. Data-data tersebut digunakan selanjutnya untuk dianalisis. Hasil analisis data hasil pengkajian adalah bahan untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan dan jelaskan perubahan variasi warna pada kulit beserta kondisi dan penyebabnya!
- 2) Jelaskan urutan prosedur pengkajian pada klien dengan gangguan integritas kulit!
- 3) Apakah yang harus dilakukan pada saat melakukan pemeriksaan fisik kulit?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat mempelajari kembali materi yang membahas tentang: Pengkajian Integritas Kulit dan Luka.

Ringkasan

Pengkajian keperawatan merupakan awal dari proses keperawatan. Pengkajian pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka dimulai dari anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada anamnesis dilakukan wawancara dengan pertanyaan-pertanyaan yang mengarah kepada keutuhan jaringan kulit, riwayat kesehatan dan pekerjaan klien. Selain itu pada saat anamnesis juga dikaji keluhan yang dirasakan oleh klien terkait dengan gangguan integritas kulit dan luka.

Pemeriksaan fisik terdiri dari beberapa langkah diantaranya adalah inspeksi dan palpasi. Pada langkah inspeksi, perawat harus melakukan pada ruangan yang terang karena harus memperhatikan perubahan warna yang terjadi pada kulit klien. Perhatikan dengan seksama perubahan-perubahan tersebut karena perubahan warna kulit merupakan indikasi dari gangguan patologis kulit. Palpasi dilakukan dengan menekan secara pelan-pelan pada sekitar luka. Palpasi dilakukan untuk mengkaji suhu kulit, meraba adanya pembengkakan di sekitar luka atau adanya penumpukan drainase. Hasil dari pengkajian harus dicatat dengan teliti untuk selanjutnya dianalisis guna menegakkan diagnosis keperawatan.

Tes 1

- 1) Anamnesis pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka bertujuan untuk mendapatkan data
 - A. perubahan warna kulit
 - B. kondisi luka
 - C. riwayat pekerjaan klien yang berhubungan penyakit kulit saat ini
 - D. jenis eksudat pada luka

- 2) Pasangan metode pemeriksaan fisik yang sering digunakan untuk mengkaji integritas kulit adalah
 - A. inspeksi dan auskultasi
 - B. inspeksi dan perkusi
 - C. auskultasi dan perkusi
 - D. inspeksi dan palpasi

- 3) Pada saat perawat melakukan inspeksi dan menemukan kulit klien dalam kondisi sianosis, hal ini menunjukkan adanya indikasi
 - A. hipoksia
 - B. icterus
 - C. syok
 - D. vitiligo

- 4) Turgor kulit akan menurun apabila terjadi edema dan dehidrasi, perawat dapat mengkaji turgor kulit dengan cara
 - A. mencubit kulit
 - B. cukup dengan melihat dengan bantuan sinar senter/penlight
 - C. dipalpasi secara perlahan
 - D. mengusap dengan bantuan kapas basah

- 5) Klien dengan tirah baring yang lama sangat beresiko terjadi luka tekan (pressure ulcers), tindakan pengkajian yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah risiko tersebut adalah mengkaji
- A. keutuhan kulit pada bagian-bagian tubuh yang menonjol atau tertekan
 - B. lama tidur klien dalam sehari
 - C. kondisi luka yang sudah diderita klien
 - D. gula darah klien

Topik 2

Diagnosis Keperawatan Pada Gangguan Integritas Kulit dan Perawatan Luka

Setelah menyelesaikan Topik 1 tentang pengkajian, marilah kita mempelajari tentang diagnosis keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka. Dari hasil pengkajian, perawat segera merumuskan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan merupakan rumusan masalah untuk menentukan langkah selanjutnya, yaitu merumuskan tujuan, kriteria hasil dan intervensi keperawatan.

Diagnosis keperawatan harus ditegakkan dengan benar dari analisis data yang sudah didokumentasikan pada proses pengkajian. Apabila perawat masih ragu dengan data yang ada, perawat harus melakukan pengkajian ulang pada pasien. Jangan ragu-ragu untuk melihat kembali buku-buku referensi diagnosis keperawatan untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Beberapa diagnosis keperawatan yang ditampilkan di bawah ini merupakan gambaran diagnosis keperawatan yang sesuai dengan teori. Diagnosis keperawatan utama yang muncul pada klien adalah:

1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka yang terkontaminasi
Gangguan integritas kulit adalah keadaan dimana seorang individu mengalami atau beresiko terhadap kerusakan jaringan epidermis dan dermis (Carpenito, 2000). Batasan karakteristik mayor harus terdapat gangguan jaringan epidermis dan dermis. Batasan minor mungkin terdapat pemasukan kulit, eritema, lesi (Primer, skunder), dan pruritus (Carpenito, 2000).
2. Risiko Infeksi
Risiko infeksi adalah kondisi yang beresiko terhadap invasi mikroorganisme patogen
Faktor risiko yang berhubungan dengan masalah ini adalah diantaranya penyakit kronis, penekanan system imun, ketidakadekuatan imunitas, pertahanan primer tidak adekuat, misalnya luka pada kulit, trauma jaringan, penurunan kerja silia, statis cairan tubuh, perubahan sekresi asam basa dan gangguan peristalsis), pertahanan sekunder yang kurang adekuat (rendahnya kadar hemoglobin, leukositopenia, dan supresi respons inflamasi), peningkatan pemajanan lingkungan terhadap pathogen, prosedur invasif, malnutrisi, agen farmasi (penggunaan obat immunosupresi), pecah ketuban, kerusakan jaringan, trauma (Wilkinson, & Ahern, 2002).
3. Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan
Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan adalah asupan nutrisi tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolik.
Diagnosis ini dapat ditegakkan apabila terdapat salah satu dari kriteria di bawah ini:
 - a. Berat badan kurang dari 20% atau lebih di bawah berat badan ideal.
 - b. Asupan makanan kurang dari kebutuhan metabolic.
 - c. Kehilangan berat badan dengan asupan makanan yang adekuat.

- d. Melaporkan asupan makanan yang tidak adekuat kurang dari recommended daily allowance (RDA).

Data subjektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah diantaranya kram abdomen, menolak makan, indigesti, persepsi ketidakmampuan untuk mencerna makanan, melaporkan perubahan sensasi rasa, melaporkan kurangnya makanan, merasa cepat kenyang setelah mengkonsumsi makanan.

Data subjektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah pembuluh kapiler rapuh, diare atau steatore, kekurangan makanan, kehilangan rambut yang berlebihan, bising usus hiperaktif, kurang informasi atau informasi yang salah, kurang minat terhadap makanan, salah faham, membrane mukosa pucat, tonus otot buruk, menolak untuk makan, adanya luka di rongga mulut, kelemahan otot yang berfungsi untuk menelan atau mengunyah (Wilkinson, & Ahern, 2002).

4. Nyeri akut atau kronis

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau digambarkan dengan istilah, seperti awalan yang tiba-tiba dari mulai yang ringan sampai yang berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan.

Data subjektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah mengungkapkan secara verbal atau melaporkan nyeri dengan isyarat.

Data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah posisi untuk menghindari nyeri, perubahan tonus otot, respons autonomic, perubahan selera makan, perilaku distraksi, perilaku ekspresif gelisah, merintih, menangis, kewaspadaan berlebihan, peka terhadap rangsang, dan menghela napas panjang), wajah menyeringai, perilaku menjaga atau melindungi, fokus menyempit, bukti nyeri dapat diamati, berfokus pada diri sendiri dan gangguan tidur.

Batasan karakteristik lain diantaranya adalah mengomunikasikan descriptor nyeri, misalnya rasa tidak nyaman, mual, berkeringat malam hari, kram otot, gatal kulit, mati rasa, dan kesemutan pada ekstremitas, menyeringai, rentang perhatian terbatas, pucat dan menarik diri.

Nyeri kronis adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan, akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial yang digambarkan dengan istilah kerusakan.

Data subjektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah depresi, kelelahan, takut kembali cedera, sedangkan data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah perubahan untuk meneruskan aktivitas selanjutnya, anoreksia, atrofi kelompok otot yang terlibat, perubahan pola tidur, wajah topeng, perilaku melindungi, iritabilitas, perilaku objektif yang dapat diamati, penurunan interaksi dengan orang lain, gelisah, berfokus pada diri sendiri, respons yang dimediasi oleh saraf simpati (Wilkinson, & Ahern, 2002).

5. Gangguan mobilitas fisik
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kognitif, dekondisi, kendala lingkungan, kekuatan otot yang tidak mencukupi, kurang pengetahuan, gangguan musculoskeletal, obesitas, nyeri dan obat sedatif (Wilkinson, & Ahern, 2002).
6. Ketidakefektifan perfusi jaringan
Ketidakefektifan perfusi jaringan adalah penurunan oksigen yang melibatkan kegagalan pengiriman nutrisi ke jaringan pada tingkat kapiler.

Batasan karakteristik diagnosis ini menurut Wilkinson, & Ahern (2002) adalah sebagai berikut:

1. Sistem kardiovaskuler
Data subjektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah nyeri dada, dipsnoe, rasa, seperti akan mati, sedangkan data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah Gas darah arteri tidak normal, perubahan frekuensi pernafasan di luar parameter yang dapat diterima, aritmia, bronkospasme, pengisian kembali kapiler (*capillary refill*) lebih dari tiga detik, retraksi dada, napas cuping hidung, penggunaan otot bantu pernafasan.
2. Sistem serebral
Data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah perubahan status mental, perubahan perilaku, perubahan respons motoric, perubahan reaksi pupil, kesulitan menelan, kelemahan atau paralisis ekstremitas, paralisis, ketidaknormalan dalam berbicara.
3. Sistem Gasrointestinal
Data subjektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah nyeri atau nyeri tekan pada abdomen, mual. Data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah distensi abdomen, bising usus tidak ada atau hipoaktif.
4. Sistem Renal
Data objektif untuk menegakkan diagnosis ini adalah perubahan tekanan darah di luar parameter yang dapat diterima, peningkatan rasio BUN/ keratin, hematuria, oliguria atau anuria.
5. Gangguan integritas jaringan
Gangguan integritas jaringan adalah kerusakan pada membran mukosa, jaringan kornea, integument, atau subkutaneum.

Batasan karakteristik objektif adalah kerusakan atau kehancuran jaringan (misalnya, membran mukosa, jaringan kornea, integument, atau subkutaneum).

Faktor yang berhubungan dengan diagnosis ini adalah perubahan sirkulasi, iritasi kimia, kekurangan atau kelebihan cairan, hambatan mobilitas fisik, defisit pengetahuan, faktor mekanis, kekurangan atau kelebihan nutrisi, radiasi dan faktor suhu.

Beberapa etiologi yang berhubungan dengan masalah keperawatan pada pasien dengan luka digambarkan pada tabel berikut ini:

Tabel 5.1. Gambaran Etiology

Masalah	Etiology
Kerusakan integritas kulit yang	Insisi bedah, cedera akibat zat kimia, efek tekanan, sekresi & ekskresi.
Risiko kerusakan integritas kulit	Imobilisasi fisik dan paparan sekresi, malnutrisi, kehilangan jaringan & peningkatan paparan lingkungan.
Gangguan perfusi jaringan	Gangguan aliran arteri & gangguan aliran vena.
Risiko terjadi infeksi	kurangnya perawatan pada daerah luka
Nyeri	terputusnya kontinuitas jaringan, insise bedah.
Hambatan mobilitas fisik	Nyeri luka operasi
Perubahan nutrisi ; kurang dari kebutuhan tubuh	ya Ketidakmampuan menelan makanan
Risiko ketidakefektifan pola pernapasan	Nyeri insisi abdomen atau thoraks.
Gangguan konsep diri; harga diri	Persepsi terhadap jaringan parut, persepsi terhadap drain operasi, reaksi terhadap pengangkatan bagian tubuh melalui pembedahan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan diagnosis keperawatan yang sering muncul pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka!
- 2) Jelaskan definisi gangguan integritas kulit!
- 3) Jelaskan perbedaan antara nyeri akut dan nyeri kronis?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat mempelajari kembali materi yang membahas tentang: Pengkajian Integritas Kulit dan Luka.

Ringkasan

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka, perawat telah mendapatkan data-data yang selanjutnya dianalisis guna menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka adalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka yang terkontaminasi, risiko Infeksi, ketidakseimbangan nutrisi; kurang dari

kebutuhan, nyeri akut atau kronis, gangguan mobilitas fisik, ketidakefektifan perfusi jaringan, dan gangguan integritas jaringan.

Penegakan diagnosis keperawatan yang tepat merupakan perumusan masalah-masalah yang muncul sesuai data aktual maupun risiko pada klien sehingga akan sangat membantu dalam merumuskan intervensi-intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien.

Tes 2

- 1) Batasan karakteristik mayor dalam menegakkan diagnosis gangguan integritas kulit adalah adanya
 - A. gangguan jaringan epidermis dan dermis
 - B. eritema
 - C. lesi
 - D. pruritus

- 2) Jenis obat yang dapat menjadi faktor risiko infeksi pada klien dengan gangguan integritas kulit adalah
 - A. antipiretik
 - B. analgetika
 - C. immunosupresan
 - D. narkotika

- 3) Diagnosis gangguan kebutuhan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh dapat ditegakkan dengan batasan
 - A. berat badan kurang dari 5 % atau lebih di bawah berat badan ideal
 - B. asupan vitamin kurang
 - C. kehilangan berat badan dengan asupan makanan yang adekuat
 - D. melaporkan asupan makanan yang sesuai dengan recommended daily allowance (RDA)

- 4) Ketidakefektifan perfusi jaringan adalah penurunan oksigen yang melibatkan kegagalan pengiriman nutrisi ke jaringan pada tingkat kapiler, batasan karakteristik diagnosis ini adalah
 - A. pengisian kembali kapiler (capillary refill) lebih dari tiga detik
 - B. tidak ditemukan retraksi dada
 - C. napas 20 kali per menit
 - D. tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan.

- 5) Faktor yang berhubungan dengan diagnosis gangguan integritas jaringan adalah
- A. perubahan sirkulasi
 - B. cairan tubuh adekuat
 - C. nutrisi sesuai dengan recommended daily allowance (RDA)
 - D. warna kulit dalam batasan fisiologis

Topik 3

Intervensi pada Klien dengan Gangguan Integritas Kulit dan Luka

Anda telah menyelesaikan Topik 3 tentang Penegakan Diagnosis keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit dan perawatan luka. Pada Topik 3 ini, Anda akan mempelajari tentang bagaimana merumuskan intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit. Langkah pertama yang harus Anda lakukan adalah merumuskan tujuan. Selanjutnya Anda harus merumuskan kriteria hasil sebagai bahan untuk melakukan evaluasi sebagai indikator keberhasilan proses keperawatan yang Anda laksanakan.

Perumusan tujuan harus mengacu pada kriteria perumusan tujuan diantaranya:

- Spesific* : Rumusan tujuan harus spesifik ke masalah yang akan diselesaikan
- Measurable* : Rumusan tujuan harus dapat diukur tingkat keberhasilannya
- Achievable* : Rumusan tujuan harus dapat dicapai dengan intervensi keperawatan baik secara mandiri atau berkolaborasi
- Rational* : Rumusan tujuan harus rasional ketercapaiannya
- Time* : Rumusan tujuan harus mengacu pada waktu yang sesuai dengan kondisi pencapaian tujuan.

Penyusunan intervensi keperawatan merupakan kelanjutan setelah penegakan diagnosis. Sebelum menyusun perencanaan atau intervensi, perawat terlebih dahulu harus menyusun tujuan dan kriteria hasil untuk patokan pelaksanaan evaluasi setelah tindakan dilaksanakan. Tujuan merawat klien dengan gangguan integritas kulit dan luka adalah untuk melihat perkembangan luka dalam waktu 2 minggu (Perry & Potter, 2010). Kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan ini meliputi:

1. Persentase jaringan granulasi lebih tinggi pada dasar luka.
2. Tidak ada kerusakan kulit lebih lanjut pada beberapa lokasi.
3. Peningkatan asupan kalori sebanyak 10%.

Tujuan spesifik dari intervensi keperawatan bagi klien dengan gangguan integritas kulit dan luka yang akan disusun oleh perawat adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan hemostasis luka.
2. Mencegah infeksi.
3. Mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut.
4. Meningkatkan penyembuhan luka.
5. Mempertahankan integritas kulit.
6. Mengembalikan fungsi normal jaringan.
7. Memperoleh rasa nyaman (mengurangi nyeri).
8. Promosi kesehatan.

Menurut Smith, Duell, & Martin (2008), tujuan perawatan integritas kulit adalah:

1. Kulit tidak menunjukkan tanda-tanda iskemik, hyperemia dan nekrosis.
2. Dapat ditemukan segera adanya gangguan integritas kulit.
3. Mencegah invasi mikroorganisme patogen penyebab infeksi melalui kulit sebagai *port of entry*.
4. Mencegah kerusakan kulit akibat tekanan bagian tubuh yang menonjol saat klien membutuhkan tirah baring.
5. Mencegah kulit kering, gatal, perasaan terbakar dan *flacking*.
6. Mendapatkan fasilitas khusus, misalnya bed atau kasur khusus untuk klien dalam upaya mencegah gangguan integritas kulit.

Inti dari rencana tindakan adalah mencegah terjadinya infeksi dengan cara menjaga atau mempertahankan agar luka tetap dalam keadaan bersih dan mengurangi nyeri & mempercepat proses penyembuhan luka dengan cara melakukan perawatan luka secara aseptik. Rencanakan pula perawatan berdasarkan keparahan dan jenis luka, serta adanya keadaan komplikasi (misalnya, infeksi, nutrisi buruk, immunosupresi, dan diabetes) yang akan memengaruhi penyembuhan luka. Berikut merupakan perencanaan tindakan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang spesifik:

1. Gangguan integritas kulit
 - a. Gunakan aktivitas diversional selama posisi lateral 30 derajat
 - b. Ganti balutan sesering mungkin dengan jenis balutan yang menyerap
 - c. Inisiasi perawatan kulit pada area yang memerah
 - d. Konsultasikan tentang tempat tidur khusus
2. Gangguan mobilitas fisik
 - a. Jadwalkan ambulasi setelah perawatan di waktu siang hari
 - b. Gunakan aktivitas diversional selama posisi lateral 30 derajat
3. Infeksi/risiko infeksi
 - a. Perawatan luka dan ganti balutan steril secara periodik
 - b. Jaga kebersihan tubuh terutama area yang mengalami luka
4. Risiko perfusi jaringan tidak efektif
 - a. Berikan pendidikan kesehatan untuk perawatan luka
 - b. Konsultasikan dengan ahli podiatrik

Di bawah ini adalah prinsip-prinsip intervensi keperawatan yang dapat Anda gunakan untuk merumuskan tindakan keperawatan pada pasien dengan luka

1. Prinsip tindakan keperawatan pada klien dengan luka
 - a. Meningkatkan hemostasis luka
 - b. Mencegah infeksi
 - c. Mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut
 - d. Meningkatkan penyembuhan luka
 - e. Mempertahankan integritas kulit
 - f. Mengembalikan fungsi normal jaringan
 - g. Memperoleh rasa nyaman (mengurangi nyeri)

2. Rencana Tindakan
 - a. Mencegah terjadinya infeksi dengan cara menjaga atau mempertahankan agar luka tetap dalam keadaan bersih
 - b. Mengurangi nyeri & mempercepat proses penyembuhan luka dengan cara melakukan perawatan luka secara aseptik

Apabila Anda akan melaksanakan tindakan perawatan luka, perhatikan prinsip-prinsip perawatan luka di bawah ini:

1. Pembersihan & pencucian luka
 - a. Luka kering (tidak mengeluarkan cairan) dibersihkan dengan teknik *swabbing*, yaitu ditekan & digosok pelan2 menggunakan kasa steril atau kasa bersih yang dibasahi dengan air steril atau NaCl 0,9%.
 - b. Luka basah (mudah berdarah) dibersihkan dengan teknik irigasi, yaitu di semprot lembut dengan air steril atau NaCl.
2. Memilih pembalut

Pembalut luka merupakan sarana vital untuk mengatur kelembaban kulit, menyerap cairan yang berlebih, mencegah infeksi & membuang jaringan mati. Pembalut yang dipakai disesuaikan dengan kondisi/keadaan luka. Contoh pembalut diantaranya:

 - a. Pembalut yang mengandung calcium alginate: berbahan rumput laut, menjadi gel jika bercampur cairan luka, menyerap cairan luka, merangsang proses pembekuan darah, mencegah kontaminasi bakteri pseudomonas. Hydarioactive gel dapat membantu proses pelepasan jaringan mati
 - b. Hydariocoloid: mempertahankan kelembaban luka, menyerap cairan, menghindari infeksi, bengkak atau mengalami infeksi
3. Tidak boleh membuat sebuah luka menjadi luka baru. Hindari tindakan menggaruk luka atau kulit di sekitar luka.
4. Luka baru
 - a. Luka baru yang kotor dibersihkan dengan air & sabun & dikeringkan dengan kain bersih atau kasa steril.
 - b. Bila luka dangkal & terdengar di bagian yang tidak bergerak dibiarkan terbuka agar proses penyembuhan cepat
 - c. Bila luka bersih tidak usah pakai antiseptik atau salep antibiotik. Bila luka kotor sebaiknya ditutup dengan kasa steril
 - d. Untuk mempercepat penyembuhan, luka operasi harus dijaga agar tidak terkena air
5. Luka Basah
 - a. Menghilangkan pus
Membuka luka serta mengalirkan nanah. Untuk mengurangi pembentukan nanah luka harus dibersihkan dengan cairan fisiologis dan apabila luka basah bisa diganti balutan beberapa kali
 - b. Menjaga kelembaban luka

Apabila klien sudah diperbolehkan pulang dari rumah sakit (*discharged planning*) atau institusi pelayanan kesehatan lain, perlu diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan luka dan perlu juga dikaji keberadaan layanan kesehatan yang dapat memberikan pelayanan perawatan luka yang dapat diakses dari rumah klien. Berikan surat rujukan balik ke institusi pelayanan kesehatan tingkat dasar sebagai bahan informasi tentang kondisi luka pasien serta intervensi-intervensi yang telah diberikan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan kriteria hasil dari tujuan yang dirumuskan dalam merawat klien dengan gangguan integritas kulit dan luka!
- 2) Sebutkan tujuan spesifik dari intervensi keperawatan bagi klien dengan gangguan integritas kulit dan luka!
- 3) Jelaskan tindakan yang harus dilaksanakan perawat saat *discharged planning* pada klien dengan luka?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat mempelajari kembali materi yang membahas tentang: Intervensi Pada Klien Dengan Gangguan Integritas Kulit dan Luka.

Ringkasan

Tujuan merawat klien dengan gangguan integritas kulit dan luka adalah untuk melihat perkembangan luka dalam waktu 2 minggu. Kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan ini meliputi persentase jaringan granulasi lebih tinggi pada dasar luka, tidak ada kerusakan kulit lebih lanjut pada beberapa lokasi dan peningkatan asupan kalori sebanyak 10%, sedangkan tujuan spesifiknya adalah sebagai berikut meningkatkan hemostasis luka, mencegah infeksi, mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut, meningkatkan penyembuhan luka, mempertahankan integritas kulit, mengembalikan fungsi normal jaringan, memperoleh rasa nyaman (mengurangi nyeri), promosi kesehatan. Perencanaan tindakan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang sering muncul pada klien dengan gangguan integritas kulit dan luka. Berikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga apabila klien sudah diperbolehkan pulang sebagai pelaksanaan program *discharged planning*.

Tes 3

- 1) Kriteria hasil yang diharapkan pada perawatan klien dengan luka adalah
 - A. persentase jaringan granulasi lebih tinggi pada dasar luka
 - B. masih terdapat kerusakan kulit lebih lanjut pada beberapa lokasi
 - C. peningkatan asupan kalori sebanyak 5%
 - D. pasien masih mengeluh nyeri pada lukanya

- 2) Tujuan spesifik dari intervensi keperawatan bagi klien dengan gangguan integritas kulit dan luka yang akan disusun oleh perawat adalah sebagai berikut
 - A. menurunkan hemostasis luka
 - B. mencegah infeksi
 - C. tidak berhubungan dengan penurunan skala nyeri
 - D. meningkatkan penyembuhan luka dalam waktu kurang dari 2 x 24 jam

- 3) Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam membuat perencanaan pencegahan komplikasi pada luka adalah
 - A. inflamasi
 - B. nutrisi adekuat
 - C. pengobatan analgetika
 - D. diabetes

- 4) Penggunaan aktivitas diversional selama posisi lateral pada klien dengan luka adalah pada derajat
 - A. 30
 - B. 45
 - C. 60
 - D. 90

- 5) Waktu yang kurang tepat dalam penjadwalan ambulasi pasien setelah perawatan adalah
 - A. Pagi hari
 - B. Siang hari
 - C. Sore hari
 - D. Malam hari

Topik 4

Evaluasi pada Klien dengan Gangguan Integritas Kulit dan Luka

Anda telah berhasil mempelajari bagaimana merumuskan intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan integritas kulit pada Topik 3. Rumusan Evaluasi digunakan untuk menentukan tingkat keberhasilan dari proses keperawatan yang telah dijalankan pada pasien dengan gangguan integritas kulit dan luka. Evaluasi dilaksanakan sesuai dengan penetapan waktu pada saat perawat menuliskan tujuan.

Perawat harus melaksanakan evaluasi dengan baik karena kesembuhan pasien harus diutamakan. Dengan melaksanakan evaluasi yang baik diharapkan perawat dapat mengidentifikasi hal-hal yang dianggap sudah berhasil atau belum berhasil sehingga perawat dapat segera menentukan tindakan lebih lanjut.

Kriteria hasil yang telah dirumuskan dalam perawatan klien adalah persentase jaringan granulasi lebih tinggi pada dasar luka, tidak ada kerusakan kulit lebih lanjut pada beberapa lokasi, dan peningkatan asupan kalori sebanyak 10%.

Perawat dapat menggunakan format evaluasi SOAPIER atau SBAR dalam melaksanakan evaluasi proses keperawatan.

Format SOAPIER adalah sebagai berikut:

1. **S = Subjective data** (Data Subjektif)
Masalah yang dikemukakan dan dikeluhkan atau yang dirasakan sendiri oleh klien yang terkait dengan gangguan integritas kulit dan luka, misalnya perasaan gatal, perasaan kulit, seperti terbakar dan keluhan perasaan tidak nyaman di kulit.
2. **O = Objective data** (Data Objektif)
Tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis keperawatan meliputi data fisiologis dan informasi dari pemeriksaan, misalnya ditemukan adanya perubahan warna kulit, terdapat lesi dan tanda lain yang dapat dilihat yang tidak sesuai dengan fisiologis kulit.
3. **A = Assessment** (Pengkajian)
Analisis data subjektif dan objektif dalam menentukan masalah pasien.
4. **P = Planning** (Perencanaan)
Pengembangan rencana segera atau untuk yang akan datang dari intervensi tindakan untuk mencapai status kesehatan optimal.
5. **I = Intervention** (Intervensi)
Tindakan yang dilakukan oleh perawat.
6. **E = Evaluation** (Evaluasi)
Merupakan analisis respons pasien terhadap intervensi yang diberikan.
7. **R = Revised** (Revisi)
Data pasien yang mengalami perubahan berdasarkan adanya respons pasien terhadap tindakan keperawatan merupakan acuan perawat dalam melakukan revisi atau modifikasi rencana asuhan keperawatan.

Adapun format SBAR tersebut adalah sebagai berikut:

1. *Situation*: memberikan pikiran pokok utama dalam 5-10 detik.
2. *Background*: menghubungkan data yang objektif dengan kondisi pasien yang spesifik pada saat ini.
3. *Assessment*: perawat memberikan penilaian dari situasi terkini dengan benar.
4. *Recommendation*: ditujukan kepada “apakah kita perlu melakukan pendekatan kolaborasi.”

Perawat mengevaluasi tindakan-tindakan keperawatan untuk mengurangi dan menangani luka dengan menentukan respons klien terhadap intervensi keperawatan dan apakah setiap tujuan tercapai.

Tabel 5.1.
Evaluasi Klien dengan Gangguan Integritas Kulit

Evaluasi	Standar	Sikap	Pengetahuan	Pengalaman
<ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji kembali tanda dan gejala yang berhubungan dengan kerusakan integritas kulit dan proses penyembuhan luka • Menggali persepsi klien terhadap integritas kulit dan intervensi yang telah dilakukan • Tanyakan apakah harapan klien telah terpenuhi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan kriteria hasil yang diharapkan yang telah dibuat untuk mengevaluasi respons klien terhadap perawatan (contoh: ukuran luka akan berkurang) • Mengaplikasikan standar praktik yang menjelaskan kriteria hasil yang diharapkan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menunjukkan sikap jujur ketika mengidentifikasi intervensi yang tidak berhasil • Bertindak secara mandiri ketika merencanakan kembali intervensi yang akan dilakukan 	<ul style="list-style-type: none"> • Karakteristik dari proses penyembuhan luka yang normal • Peran dari atas pendukung dan penanganan manajemen luka dalam perbaikan integritas kulit 	<ul style="list-style-type: none"> • Respons klien sebelumnya terhadap terapi keperawatan yang telah direncanakan untuk meningkatkan integritas kulit dan proses penyembuhan luka (apa yang berhasil dan apa yang tidak berhasil)

Sumber: Sumber: Potter & Perry (2010). *Fundamental of Nursing*. Elsevier: Singapura.

Menurut Potter & Perry (2010), apabila kriteria hasil untuk klien dengan kerusakan integritas kulit yang telah teridentifikasi tidak terpenuhi, ajukan pertanyaan-pertanyaan berikut ini:

1. Apakah penyebab kerusakan kulit teridentifikasi? Apakah komponen terkait tekanan, gesekan, luka bekas cukuran dan kelembapan teridentifikasi, dan apakah rencana perawatan menurunkan kontribusi dari setiap komponen ini?

2. Apakah proses penyembuhan luka didukung dengan pemberian lingkungan yang memberikan kelembapan yang cukup pada dasar luka?
3. Apakah masalah seperti pengkajian nutrisi dan rencana perawatan yang telah dikembangkan yang menjelaskan kebutuhan kalori klien telah mendukung proses penyembuhan?

Apabila hasil evaluasi menunjukkan hasil yang kurang baik, sebaiknya segera konsultasi dengan ahli lain untuk menangani luka, contoh: konsultasi pada perawat yang bersertifikasi dalam perawatan luka. Perlu juga dipertimbangkan perawatan klien dengan luka membutuhkan pendekatan tim dari berbagai multidisiplin.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Berikan contoh penggunaan format evaluasi menggunakan SOAPIER pada pasien dengan luka!
- 2) Berikan contoh penggunaan format evaluasi menggunakan SBAR pada pasien dengan luka!
- 3) Apabila kriteria hasil untuk klien dengan kerusakan integritas kulit yang telah teridentifikasi tidak terpenuhi, sebutkan jenis pertanyaan-pertanyaan yang sesuai?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat mempelajari kembali materi yang membahas tentang: Evaluasi Pada Klien Dengan Gangguan Integritas Kulit dan Luka.

Ringkasan

Evaluasi digunakan untuk menentukan tingkat keberhasilan dari proses keperawatan yang telah dijalankan pada pasien dengan gangguan integritas kulit dan luka. Kriteria hasil yang telah dirumuskan dalam perawatan klien adalah persentase jaringan granulasi lebih tinggi pada dasar luka, tidak ada kerusakan kulit lebih lanjut pada beberapa lokasi, dan peningkatan asupan kalori sebanyak 10%. Perawat dapat menggunakan format evaluasi SOAPIER atau SBAR dalam melaksanakan evaluasi proses keperawatan. Apabila hasil evaluasi menunjukkan hasil yang kurang baik, sebaiknya segera konsultasi dengan ahli lain untuk menangani luka, contoh: konsultasi pada perawat yang bersertifikasi dalam perawatan luka. Perlu juga dipertimbangkan perawatan klien dengan luka membutuhkan pendekatan tim dari berbagai multidisiplin.

Tes 4

- 1) Evaluasi dilaksanakan sesuai dengan penetapan waktu pada saat perawat menuliskan....
 - A. diagnosis
 - B. tujuan
 - C. kriteria Hasil
 - D. intervensi

- 2) Contoh data subjektif hasil evaluasi klien dengan luka adalah
 - A. luasan luka dengan diameter 2 cm.
 - B. terdapat pus pada luka.
 - C. pasien mengeluh masih terasa nyeri berdenyut-denyut pada area luka.
 - D. volume drainase 50 cc dalam 24 jam.

- 3) Contoh data objektif hasil evaluasi klien dengan luka adalah
 - A. terdapat eksudat purulen pada sekitar luka.
 - B. pasien merasa ada rembesan cairan pada luka.
 - C. pasien mengeluh gatal pada area luka.
 - D. keluarga menyatakan bahwa jumlah cairan drainase adalah setengah dari botol penampung.

- 4) Apabila ditemukan keadaan bahwa luka yang telah dirawat selama 7 hari telah sembuh dengan kondisi luka mengering, tidak terlihat adanya tanda komplikasi serta terlihat pertumbuhan jaringan baru, langkah selanjutnya yang akan dilakukan perawat adalah....
 - A. menghentikan intervensi
 - B. melanjutkan intervensi
 - C. mengkonsultasikan ke tim dokter bedah
 - D. melakukan evaluasi ulang

- 5) Apabila hasil evaluasi menunjukkan hasil yang kurang baik, sebaiknya perawat segera....
 - A. melakukan pengulangan tindakan
 - B. konsultasi dengan ahli lain untuk menangani luka
 - C. merujuk klien ke institusi pelayanan kesehatan yang lebih tinggi
 - D. memperpanjang masa intervensi

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) D
- 3) A
- 4) A
- 5) A

Tes 2

- 1) A
- 2) C
- 3) C
- 4) A
- 5) A

Tes 3

- 1) A
- 2) B
- 3) D
- 4) A
- 5) D

Tes 4

- 1) B
- 2) C
- 3) A
- 4) A
- 5) B

Glosarium

1. *Abses* adalah koleksi tertutup nanah pada jaringan, organ, atau ruang terbatas dalam tubuh
2. *Alopesia* adalah hilang atau menipisnya rambut yang biasanya bersifat genetic dan terkait dengan diabetes, tiroiditis, dan menopause.
3. *Angioma* adalah tumor jinak di kulit, yang terdiri dari darah atau pembuluh getah bening.
4. *Cellulitis* adalah suatu kelainan kulit yang ditandai dengan kemerahan, pembengkakan, nyeri tekan dan sakit pada kulit dikarenakan peradangan pada jaringan.
5. *Dehiscence luka* adalah pemisahan dalam lapisan fasia.
6. *Eritema* adalah kulit berwarna kemerahan.
7. *Eviscerasi* adalah keluarnya pembuluh melalui daerah irisan.
8. *Freckle* adalah bintik-bintik kecil melanin di kulit atau membran orang yang berkulit putih, atau kadang juga orang berkulit hitam dari Afrika.
9. *Keratosis* adalah kondisi yang menyebabkan kulit menjadi kasar dan bersisik akibat paparan sinar matahari dalam jangka panjang.
10. *Hipoksia* adalah suatu keadaan di saat tubuh sangat kekurangan oksigen sehingga sel gagal melakukan metabolisme secara efektif.
11. *Hirsutisme*, yaitu pertumbuhan rambut di bibir atas, dagu dan pipi dengan rambut vellus yang menjadi semakin kasar di seluruh tubuh.
12. *Ikterus (jaundice)* adalah kondisi di mana tubuh memiliki terlalu banyak bilirubin sehingga kulit dan putih mata Anda menjadi kuning.
13. *Keloid* adalah pertumbuhan jaringan ikat yang tumbuh berlebihan pada kulit bekas luka.
14. *Lymphangitis* adalah peradangan pada satu atau lebih pembuluh darah lymphatic, biasanya disebabkan oleh infeksi streptococcal.
15. *Pallor* adalah kulit yang pucat yang tidak normal akibat berkurangnya aliran darah atau berkurangnya kadar hemoglobin,
16. *Pigmentasi* merupakan gejala perubahan kulit.
17. *Pitting edema* adalah apabila tekanan jari pemeriksa meninggalkan lekukan.
18. *port of entry* adalah tempat masuknya mikroorganisme patogen ke tubuh manusia
19. *pressure ulcers* atau luka dekubitus adalah suatu area yang terlokalisir dengan jaringan mengalami nekrosis yang biasanya terjadi pada bagian permukaan tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan dalam jangka waktu yang lama yang menyebabkan peningkatan tekanan kapiler.
20. *Psoriasis* adalah penyakit autoimun yang mengenai kulit, ditandai dengan sisik yang berlapis berwarna keperakan, disertai dengan penebalan warna.
21. *Petekie* adalah bintik merah kecil di kulit yang merupakan akibat keluarnya sejumlah kecil darah.
22. *Turgor kulit* adalah kelenturan kulit.

Daftar Pustaka

- Carpenito, L.J, 2000, Buku Saku Diagnosa Keperawatan. Edisi 8, Alih Bahasa Ester M. Jakarta: EGC.
- Dillerlaw. 2015. *Why Won't My Wound Heal?* Tersedia pada; <http://www.dillerlaw.com/injuries/why-wont-my-wound-heal.html>
- Gardiner, L. Lampshire, S., Biggins, A., McMurray, A., Noake, N., Van Zyl, M., Vickery, J., Woodage, T., Lodge, J., & Edgar, M. 2008. Evidence-based best practice in maintaining skin integrity. *Wound Practice and Research* 15 Vol. 16 No. 2 MAY 2008. Pp. 5-14.
- Hess, C.T. (2010). Performing a skin assessment. *Nursing: July 2010 - Volume 40 - Issue 7 - p 66*
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K., & Wilkinson, J.M. (2004). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. California: Addison-Wesley
- Potter & Perry (2010). *Fundamental of Nursing*. Elsevier: Singapura.
- Smith, S.F., Duell, D.J., & Martin, B.C. (2008). *Clinical Nursing Skill. Basic To Advanced Skills*. Canada: Pearson Education.
- WebMD. 2015. Stages of pressure sores. Tersedia pada: <http://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/four-stages-of-pressure-sores>.
- Wikihow. 2015. How to Measure Wound Granulation. Tersedia pada: <http://www.wikihow.com/Measure-Wound-Granulation>
- Wilkinson, J.M., & Ahern, N.R. (2002). Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Edisi 9. Alih Bahasa oleh Esty Wahyuningsih. Jakarta: EGC.

BAB VI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL; PENGALAMAN KEHILANGAN, KEMATIAN, BERDUKA, DAN PENYAKIT TERMINAL

Addi Mardi Harnanto, MN.

PENDAHULUAN

Psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik. Masalah psikososial yang tidak tertangani dengan baik akan menimbulkan permasalahan kejiwaan yang berdampak pada kehidupan seseorang sehingga permasalahan-permasalahan psikososial harus segera diidentifikasi pada klien untuk mencegah gangguan kejiwaan tersebut.

Kebutuhan psikososial terdiri dari beberapa komponen diantaranya konsep diri, seksualitas, kesehatan spiritual, stres & koping, pengalaman kehilangan, kematian, berduka dan penyakit terminal. Salah satu unsur dalam kebutuhan psikososial klien adalah menyiapkan klien dalam keadaan kehilangan, menghadapi kematian dan berduka. Perasaan kehilangan dapat dipicu dari beberapa hal yang terkait dengan kesehatan diantaranya sedang menghadapi sakit yang kronis atau penyakit terminal. Perawat harus dapat memberikan fasilitasi kepada klien yang sedang merasa kehilangan dan harus mampu mendampingi klien dalam menghadapi tahap-tahap penerimaan.

Kematian adalah sebuah kodrat yang harus dihadapi oleh manusia. Kematian dalam kondisi tenang adalah harapan semua manusia. Seorang klien yang telah menghadapi kematian karena menderita penyakit-penyakit terminal harus mendapatkan pendampingan dari semua komponen tim kesehatan terutama Perawat.

Perasaan berduka adalah perasaan yang dihadapi oleh keluarga apabila ditinggal mati oleh salah satu anggota keluarganya. Respons penerimaan sangat bervariasi antar individu. Sama halnya dengan pengalaman kehilangan, kondisi berduka pun memerlukan waktu yang bervariasi untuk menemukan kondisi penerimaan. Perawat merupakan anggota kelompok tim kesehatan yang memiliki peran yang sangat strategis dalam membantu klien menghadapi permasalahan-permasalahan tersebut. Dengan proses keperawatan yang baik yang dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, perumusan intervensi dan pelaksanaan tindakan serta menentukan evaluasi, diharapkan klien terbantu dalam penyelesaian-penyelesaian masalah yang terkait dengan keadaan kehilangan, menghadapi kematian dan berduka.

Terdapat empat pokok bahasan yang akan dibahas dalam Bab 6 ini. Pokok-pokok bahasan tersebut, yaitu pengkajian, penegakan diagnosis, perumusan intervensi atau

tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan pada klien dengan pada klien dengan kebutuhan psikososial yang terdiri dari beberapa komponen diantaranya konsep diri, seksualitas, kesehatan spiritual, stres & coping, pengalaman kehilangan, kematian, berduka dan penyakit terminal.

Setelah Anda mempelajari materi dalam bab ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, Anda diharapkan akan dapat:

1. menjelaskan pengkajian pada klien dengan kebutuhan psikososial: konsep diri, seksualitas, kesehatan spiritual, stres & coping, pengalaman kehilangan, kematian, berduka dan penyakit terminal;
2. menjelaskan penegakan diagnosis pada klien dengan kebutuhan psikososial: konsep diri, seksualitas, kesehatan spiritual, stres & coping, pengalaman kehilangan, kematian, berduka dan penyakit terminal;
3. menjelaskan perumusan intervensi atau tindakan keperawatan pada klien dengan kebutuhan psikososial: konsep diri, seksualitas, kesehatan spiritual, stres & coping, pengalaman kehilangan, kematian, berduka dan penyakit terminal;
4. menjelaskan evaluasi keperawatan pada klien dengan pada klien dengan kebutuhan psikososial: konsep diri, seksualitas, kesehatan spiritual, stres & coping, pengalaman kehilangan, kematian, berduka dan penyakit terminal.

Topik 1

Pengkajian Pada Klien dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka dan Penyakit Terminal

Pengkajian merupakan langkah awal untuk mendapatkan data dasar maupun data fokus dari klien. Untuk mengumpulkan data yang lengkap, akurat dan dapat dianalisis, dan identifikasi diagnosa keperawatan yang tepat untuk klien yang mengalami gangguan psikososial. Kebutuhan psikososial terdiri dari beberapa komponen diantaranya konsep diri, seksualitas, kesehatan spiritual, stres & koping, pengalaman kehilangan, kematian, berduka dan penyakit terminal. Marilah kita belajar satu persatu bagaimana cara melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan kebutuhan psikososial tersebut.

A. PENGKAJIAN KONSEP DIRI

Dalam melakukan pengkajian konsep diri, Perawat harus berfokus pada tiap-tiap komponen konsep diri diantaranya identitas, citra tubuh dan penampilan peran. Pengkajian dilaksanakan dengan mengajukan pertanyaan langsung kepada klien dan melakukan pengamatan perilaku nonverbal klien dan memperhatikan isi pembicaraan klien.

Perhatikan perilaku sugestif yang menunjukkan perubahan konsep diri diantaranya:

1. Menghindari kontak mata.
2. Perawakan yang sangat kurus.
3. Penampilan tidak rapi.
4. Permintaan maaf yang berlebihan.
5. Berbicara yang ragu-ragu.
6. Terlalu kritis atau marah yang berlebihan.
7. Sering menangis atau menangis yang tidak tepat waktu.
8. Menilai diri negatif.
9. Ketergantungan yang berlebihan.
10. Ragu-ragu untuk menunjukkan pandangan atau pendapat.
11. Kurang berminat pada apa yang terjadi.
12. Bersikap pasif.
13. Kesulitan dalam membuat keputusan.

Pertanyaan-pertanyaan yang dapat menjadi pedoman perawat dalam melaksanakan pengkajian diantaranya:

1. Sifat Masalah

- a. Bagaimana Anda mendeskripsikan diri Anda?
- b. Aspek apa dari Anda yang Anda sukai?

- c. Ceritakan sesuatu yang Anda lakukan yang membuat Anda merasa senang dengan diri Anda?

2. Onset dan Durasi

- a. Kapan Anda mulai berpikir dan merasakan perbedaan tentang diri Anda?
- b. Berapa lama Anda mempertahankan (identitas tertentu, citra tubuh, penampilan peran, atau harga diri).
- c. Dapatkah Anda mengingat waktu dimana Anda merasa senang terhadap diri Anda?

3. Pengaruhnya pada Klien

- a. Ceritakan bagaimana konsep diri Anda memengaruhi kemampuan Anda dalam merawat diri sendiri?
- b. Apa dampak harga diri Anda dalam suatu hubungan?
- c. Bagaimana harga diri memengaruhi area lain dalam kehidupan Anda?

Pengkajian konsep diri juga harus mengarah pada area perilaku koping, mengenal orang-orang terdekat dan harapan klien. Pada pengkajian perilaku koping perawat harus mempertimbangkan perilaku koping sebelumnya, seperti sifat, jumlah, dan intensitas tekanan serta sumber daya internal dan eksternal klien. Pengetahuan tentang bagaimana seorang klien menghadapi stresor pada masa lalu akan memberikan gambaran tentang mekanisme koping yang dimiliki klien. Klien tidak mengatasi semua masalah dengan cara yang sama.

Orang terdekat merupakan sumber daya dan kekuatan bagi klien. Orang-orang dekat biasanya memahami bagaimana strategi klien menghadapi stresor. Dukungan orang-orang terdekat terhadap klien dapat ditunjukkan dengan cara berbicara dan perilaku non verbalnya. Perawat harus mengkaji harapan-harapan klien. Tanyakan bagaimana manfaat suatu intervensi keperawatan kepada klien dan ajak klien dalam pembahasan tujuan keperawatan. Respons klien dapat memberikan informasi bagi Perawat yang sangat berguna tentang kepercayaan dan sikap klien terhadap efikasi intervensi dan potensi untuk memodifikasi pendekatan keperawatan.

B. PENGKAJIAN SEKSUALITAS

Dalam melaksanakan pengkajian seksualitas, Perawat harus mengumpulkan data tentang riwayat seksual, pertimbangkan faktor fisik, fungsional, hubungan, gaya hidup, perkembangan, dan kepercayaan yang memengaruhi fungsi seksual. Keinginan seksual bervariasi antar individu. Komponen inti pengkajian seksualitas adalah sebagai berikut:

1. Tahap perkembangan klien dalam hal seksualitas.
2. Pengkajian fisik pada area genitalia.
3. Penentuan masalah seksual klien.

4. Perilaku berisiko tinggi, menggunakan praktik seks yang aman, dan penggunaan kontrasepsi.
5. Kondisi medis dan obat-obatan yang dapat memengaruhi fungsi seksualitas.

C. PENGKAJIAN SPIRITUAL

Pertanyaan-pertanyaan yang dapat digunakan oleh Perawat dalam melakukan pengkajian spiritual adalah:

1. Spiritualitas dan kesehatan spiritual.

- a. Hal apa yang memberikan kekuatan saat Anda mengalami masa sulit?
- b. Aspek spiritual apa yang Anda rasakan sangat membantu?
- c. Aspek spiritual apa yang ingin Anda diskusikan.

2. Kepercayaan, keyakinan, kelompok, dan keyakinan

- a. Pada apa atau siapa Anda memohon kekuatan, harapan, dan keyakinan saat menghadapi masa sulit?
- b. Bagaimana keyakinan dan kepercayaan Anda membantu Anda beradaptasi?
- c. Apakah Anda berdoa?
- d. Apa yang bisa saya lakukan untuk mendukung keyakinan dan kepercayaan Anda?
- e. Apa yang membuat hidup Anda bermakna?

3. Kehidupan dan tanggung jawab diri

- a. Apa yang Anda rasakan dari perubahan akibat penyakit ini?
- b. Bagaimana hal tersebut memengaruhi hal yang ingin Anda lakukan

4. Kepuasan hidup

- a. Bagaimana kebahagiaan dan kepuasan Anda dalam hidup ini?
- b. Pencapaian apa yang membuat Anda puas dengan hidup Anda?

5. Keterhubungan

- a. Perasaan apa yang Anda rasakan setelah selesai berdoa?
- b. Siapa orang yang Anda anggap penting dalam hidup Anda?

6. Pekerjaan

- a. Bagaimana penyakit ini memengaruhi hidup Anda dari segi spiritual, di rumah atau di tempat Anda bekerja?
- b. Bagaimana penyakit memengaruhi Anda berekspresi pada hal yang penting bagi hidup Anda?

D. PENGKAJIAN STRES DAN KOPING

Perawat harus membangun hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga saat melakukan pengkajian. Hal ini dikarenakan kita harus menggali informasi dengan meminta klien dan keluarga untuk menceritakan segala sesuatu masalah yang dihadapi. Pada saat melakukan pengkajian, ciptakan suasana yang santai. Ciptakan lingkungan fisik untuk berinteraksi yang aman dan tanpa halangan (Varcoralis dalam Perry & Potter, 2010). Buatlah

kesan bahwa Perawat sejajar dengan klien. Komponen inti pengkajian adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi stresor potensial dan aktual.
2. Identifikasi pengkajian klien terhadap stresor.
3. Gali data tentang pengalaman klien terhadap stres sebelumnya.
4. Tentukan dampak penyakit pada gaya hidup klien.

Perawat dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan berikut untuk mengkaji tingkatan stres klien:

1. Persepsi stresor
 - a. Apa yang paling mengganggu Anda saat ini?
 - b. Apa yang Anda pikirkan ketika Anda sedang terbaring sadar?
2. Penyesuaian diri terhadap maladaptive yang digunakan
 - a. Apakah Anda tinggal sendiri atau bersama orang lain?
 - b. Siapa yang membantu Anda?
 - c. Pernahkah Anda mulai minum-minuman keras atau merokok?
 - d. Apakah pemakaian kafein Anda meningkat?
3. Ketaatan terhadap praktik kesehatan
 - a. Apakah Anda memiliki tekanan darah tinggi?
 - b. Apakah Anda mencatat peningkatan atau penurunan berat badan?
 - c. Apakah Anda menggunakan obat-obatan yang diresepkan?
 - d. Apakah Anda meningkatkan pemakaian obat-obatan?

Data hasil pengamatan yang menunjukkan koping yang tidak efektif adalah sebagai berikut:

Kegiatan Pengkajian	Karakteristik Definisi
Tanyakan klien tentang perubahan dalam pola tidur.	Gangguan tidur; kesulitan tidur pada waktu malam; mendesah.
Minta klien untuk melengkapi catatan tentang pola tidur	Tidur yang berlebihan
Amati perilaku klien dan respons terhadap pertanyaan selama pengkajian	Kelelahan, ketidakmampuan berkonsentrasi, respons yang kurang akurat terhadap pertanyaan, tertawa atau menangis pada saat yang tidak tepat.
Mengamati penampilan klien. Tanyakan klien tentang perubahan pola makan.	Kerapian yang buruk, perusakan diri, berat badan yang kurang atau bertambah, berkurangnya nafsu makan.

E. PENGKAJIAN PENGALAMAN KEHILANGAN, KEMATIAN, BERDUKA DAN PENYAKIT TERMINAL

Pada pengkajian klien yang mengalami kehilangan dan berduka (*grieving*), Perawat pertama kali harus mengenal status kesadaran klien dan keluarga, gejala berduka, dan faktor yang memengaruhi reaksi kehilangan. Pada kasus penyakit terminal, status kesadaran pada orang yang menanti ajal dan sikap keluarga terhadap kemampuan komunikasi Perawat secara bebas dengan klien dan tenaga kesehatan lain akan membantu dalam proses kehilangan. Ada tiga tipe kesadaran yang digambarkan, kesadaran tertutup, kesadaran mutual, dan kesadaran terbuka sebagai berikut:

1. Kesadaran Tertutup

Klien dan keluarga tidak menyadari adanya kematian mengancam. Mungkin mereka tidak mengerti mengapa klien sakit, dan mereka percaya bahwa klien akan sembuh. Tenaga kesehatan mungkin percaya bahwa lebih baik tidak mengomunikasikan diagnosa dan prognosa penyakit kepada klien dan keluarga. Keperawatan berlawanan dengan masalah etika bila menghadapi situasi ini, dan mereka memiliki beberapa pilihan. Ancamannya adalah klien dan keluarga akan tahu yang sebenarnya, jika mereka melakukan dan mereka akan mengenal bahwa informasi yang diberikan pada awal adalah salah.

2. Kepura-puraan Mutual

Klien, keluarga dan tenaga kesehatan tahu bahwa prognosa penyakit adalah terminal, tetapi tidak membicarakan tentang itu dan berusaha tidak membicarakan tentang penyakit itu. Kadang-kadang klien menghindari dari diskusi tentang kematian untuk mencegah keluarga dari stres. Kepura-puraan mutual ini memberikan privacy pada klien dan kemuliaan, tetapi ini memberikan batasan yang berat pada klien yang sedang menanti ajal.

3. Kesadaran Terbuka

Klien dan orang-orang di sekitarnya tahu tentang ancaman kematian dan merasa nyaman mendiskusikannya. Kesadaran ini memberikan kesempatan pada klien untuk berpartisipasi mempersiapkan kematian dan rencana tempat pemakaman. Beberapa ahli mengatakan bahwa klien yang menderita penyakit terminal sebaiknya diberi informasi tentang penyakitnya, walau ia tahu tentang kematian secara tidak langsung.

Skema pengkajian, gali bersama klien dan anggota keluarga faktor-faktor yang memengaruhi rasa berduka mereka, respons mereka yang unik terhadap berduka, dan harapan-harapan mereka, termasuk keinginan-keinginan mereka terhadap pelayanan akhir kehidupan. Pengkajian respons berduka meluas sepanjang perjalanan penyakit sampai masa kehilangan setelah kematian terjadi.

Membangun hubungan yang membantu dan tepercaya dengan klien dan anggota keluarga yang berduka merupakan hal yang penting dalam proses pengkajian. Gunakan komunikasi yang terbuka dan jujur saat berbicara dengan klien dan anggota keluarga. Tetap

berpikiran terbuka, dengarkan dengan baik, dan amati respons verbal dan nonverbal klien. Informasi dari anggota tim pelayanan kesehatan, dokter, pekerja sosial, dan penyelenggara pelayanan spiritual juga memberikan sumbangan bagi data pengkajian Anda.

Perawat diharapkan mampu mengkaji komponen-komponen di bawah ini:

- a. faktor-faktor yang memengaruhi berduka;
- b. reaksi Berduka;
- c. harapan-harapan klien;
- d. keputusan akhir kehidupan.

Apabila klien telah meninggal dunia, perawat harus melaksanakan rencana tindakan Perawatan jenazah. Sebelumnya Perawat harus memahami tentang definisi dan tanda-tanda kematian. Kematian atau ajal adalah akhir dari kehidupan, ketiadaan nyawa dalam organisme biologis. Semua makhluk hidup pada akhirnya akan mati secara permanen, baik karena penyebab alami, seperti penyakit atau karena penyebab tidak alami, seperti kecelakaan. Setelah kematian, tubuh makhluk hidup mengalami pembusukan (Wikipedia, 2013). Istilah-istilah dalam kematian di antaranya:

a. *Rigor Mortis*

Rigor Mortis adalah kekakuan tubuh yang terjadi kurang lebih 2 sampai 4 jam setelah mati. Hal ini hasil dari kurangnya Adenosine Triphosphat (ATP) yang tidak disintesis dikarenakan kurangnya glycogen dalam tubuh. ATP sangat penting untuk relaksasi serat otot. Rigor mortis dimulai pada otot involunter, seperti jantung, bladder dan lain-lain kemudian berkembang ke kepala, leher, punggung dan terakhir ke bagian ekstremitas.

Perawat perlu membantu posisi klien tetap posisi anatomis, merapatkan mulut dan menutupkan mata sebelum terjadi rigor mortis. Rigor mortis biasanya menghilang setelah kurang lebih 96 jam setelah kematian.

b. *Algor Mortis*

Algor Mortis adalah menurunnya temperatur tubuh secara berkala setelah kematian. Ketika sirkulasi darah berakhir dan tidak berfungsinya hypothalamus, maka temperatur tubuh turun sekitar 1°C (1,8°F) per jam sampai ia mencapai suhu kamar. Secara simultan, kulit berkurang elastisitasnya dan mudah pecah saat perawat mengangkat balutan luka atau mengangkat plester yang menempel.

Setelah sirkulasi darah berhenti, kulit menjadi tidak berwarna. Sel darah merah rusak, hemoglobin hancur, dan tidak berwarna di sekitar jaringan. Hal ini disebut Livor mortis yang tampak pada bagian tubuh yang paling bawah atau paling ujung.

Jaringan setelah mati akan menjadi lembut dan kadang-kadang menjadi lembab oleh fermentasi bakteri. Semakin hangat suhu, semakin cepat perubahannya. Bagaimanapun, tubuh masih menyimpan suhu dingin untuk memperlambat proses ini. Proses pemberian Balsam dilakukan melalui injeksi bahan-bahan kimia ke dalam tubuh untuk menghancurkan bakteri.

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

Ada hal penting yang harus diperhatikan secara legal bagi orang yang meninggal. Dasar yang paling penting bagi Perawat adalah memintakan sertifikat atau keterangan kematian dari dokter yang menangani. Bagi klien yang meninggal secara tidak umum, Autopsi (pemeriksaan setelah mati) atau postmortem examination mungkin perlu diusulkan. Perawat bertanggung jawab dan peduli dengan aspek legal klien yang meninggal dalam konteks hukum dalam area praktiknya.

Perawatan dan dukungan pada klien yang sedang sekarat dan keluarga termasuk melakukan pengkajian yang akurat meliputi tanda fisiologik kematian. Ada 4 karakteristik tanda fisik yang merupakan ancaman kematian, yaitu berkurangnya tonus otot, sirkulasi yang lambat, perubahan tanda vital, dan penurunan sensori. Selanjutnya akan dibahas pada kotak berikut.

Tabel. Tanda Klinik Ancaman Kematian

No	Gangguan Sistem	Manifestasi Klinik
1	Kehilangan tonus otot	<ul style="list-style-type: none"> • Relaksasi otot wajah (misal, rahang mungkin turun). • Kesulitan berbicara. • Kesulitan menelan dan kehilangan refleks menelan. • Penurunan aktivitas saluran pencernaan, dengan munculnya mual. • Akumulasi flatus, distensi abdomen, retensi feces, terutama jika narkotik atau obat-obat penenang diberikan. • Kemungkinan inkontinensia urin dan defekasi sehubungan dengan menurunnya kontrol spinkter. • Minimnya pergerakan tubuh.
2	Menurunnya/lambatnya Sirkulasi	<ul style="list-style-type: none"> • Berkurangnya sensasi. • Sianosis pada ekstremitas. • Kulit dingin, pertama kali di kaki dan kemudian pada tangan, telinga dan hidung (klien mungkin merasa hangat sehubungan dengan meningkatnya temperatur tubuh).
3	Perubahan Tanda Vital	<ul style="list-style-type: none"> • Menurun dan melemahnya denyut nadi. • Menurunnya tekanan darah. • Frekuensi napas pelan abnormal. • Pernafasan cheyne-stokes, napas berbunyi, bertumpuknya mucus di tenggorokan, napas lewat mulut, yang mengakibatkan membran mulut menjadi kering.
4	Menurunnya sensori	<ul style="list-style-type: none"> • Pandangan mata yang kabur. • Menurunnya sensori pengecap rasa dan bau.

Tingkat kesadaran sangat bervariasi sebelum kematian. Beberapa klien sadar penuh, sementara yang lain mengantuk, stuporous atau koma. Pendengaran adalah indra terakhir yang hilang. Indikasi kematian menurut the World Medical Assembly (Benton dalam Berman, Snyder, Koziar & Erb, 2012) mengatakan pedoman untuk dokter sebagai indikasi kematian adalah:

- 1) kekurangan respons secara total terhadap stimuli eksternal;
- 2) tidak ada pergerakan, terutama pernafasan;
- 3) tidak ada refleksi;
- 4) gambaran Electro Encephalogram flat/ EEG (Elektrik dari otak tidak ada).

EEG diukur minimal dalam 24 jam sebagai indikasi kematian. Hanya tenaga medis saja yang bisa mengatakan bahwa klien sudah meninggal. Definisi lain dari kematian adalah Mati Otak (*cerebral death*) yang terjadi jika pusat atas otak, *cerebral cortex* rusak dan tidak bisa dipulihkan. Klien mungkin masih bisa bernafas, tetapi tidak sadar.

Dalam pengkajian klien dengan gangguan psikososial, Perawat diharapkan mampu menjadi pendengar yang baik. Semakin banyak klien mengungkapkan permasalahan yang dihadapi, maka akan semakin banyak data yang dapat dikumpulkan. Berikan penguatan (*reinforcement*) sehingga klien merasa dihargai oleh Perawat dan semakin terbuka dalam mengungkapkan permasalahan yang dihadapi.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan urutan prosedur pengkajian pada klien dengan gangguan konsep diri!
- 2) Jelaskan komponen inti pengkajian kebutuhan seksualitas!
- 3) Sebutkan beberapa pertanyaan yang dapat digunakan dalam pengkajian klien dengan kebutuhan kesehatan spiritual!
- 4) Jelaskan komponen inti pengkajian stres dan koping!
- 5) Jelaskan tanda-tanda kematian?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat mempelajari kembali materi yang membahas tentang: Pengkajian pada Klien dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka, dan Penyakit Terminal.

Ringkasan

Pengkajian merupakan langkah awal untuk mendapatkan data dasar maupun data fokus dari klien. Untuk mengumpulkan data yang lengkap, akurat dan dapat dianalisis, dan identifikasi diagnosa keperawatan yang tepat untuk klien yang mengalami gangguan psikososial. Pengkajian pada klien dengan gangguan psikososial didasarkan pada beberapa komponen di antaranya konsep diri, seksualitas, kesehatan spiritual, stres dan koping, serta pengalaman kehilangan, berduka dan Perawatan penyakit terminal. Dalam pengkajian klien dengan gangguan psikososial, Perawat diharapkan mampu menjadi pendengar yang baik. Semakin banyak klien mengungkapkan permasalahan yang dihadapi, maka akan semakin banyak data yang dapat dikumpulkan. Berikan penguatan (*reinforcement*) sehingga klien merasa dihargai oleh Perawat dan semakin terbuka dalam mengungkapkan permasalahan yang dihadapi.

Tes 1

- 1) Perilaku sugestif yang menunjukkan perubahan konsep diri di antaranya
 - A. mempertahankan kontak mata
 - B. perawatan dengan berat badan ideal
 - C. penampilan rapi
 - D. permintaan maaf yang berlebihan

- 2) Komponen inti pengkajian seksualitas adalah
 - A. tahap perkembangan klien dalam hal seksualitas
 - B. pengkajian fisik pada area *head to toe*
 - C. penentuan masalah spiritual klien
 - D. pengkajian sistem endokrin

- 3) Contoh pertanyaan pengkajian kebutuhan kesehatan spiritual pada komponen kepuasan hidup adalah
 - A. bagaimana kebahagiaan dan kepuasan Anda dalam hidup ini?
 - B. pada apa atau siapa Anda memohon kekuatan, harapan, dan keyakinan saat menghadapi masa sulit?
 - C. bagaimana keyakinan dan kepercayaan Anda membantu Anda beradaptasi?
 - D. apakah Anda berdoa?

- 4) Sikap Perawat dalam mengkaji klien dengan stres dan koping adalah sebagai berikut
 - A. menjadi pembicara yang aktif
 - B. bersikap intimidatif terhadap klien
 - C. mensejajarkan diri dengan klien
 - D. menganjurkan klien menjadi pendengar yang baik

- 5) Klien, keluarga dan tenaga kesehatan tahu bahwa prognosa penyakit adalah terminal, tetapi tidak membicarakan tentang itu dan berusaha tidak membicarakan tentang penyakit itu, hal ini disebut
- A. kesadaran tertutup
 - B. kepura-puraan mutual
 - C. kesadaran terbuka
 - D. kesadaran penuh

Topik 2

Pengkajian Pada Klien Dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka Dan Penyakit Terminal

Setelah menyelesaikan Topik 1 tentang pengkajian, marilah kita mempelajari tentang diagnosis keperawatan pada klien dengan gangguan psikososial. Dari hasil pengkajian, Perawat segera merumuskan diagnosis kerawatan. Diagnosis keperawatan merupakan rumusan masalah untuk menentukan langkah selanjutnya, yaitu merumuskan tujuan, kriteria hasil dan intervensi keperawatan.

Diagnosis keperawatan harus ditegakkan dengan benar dari analisis data yang sudah didokumentasikan pada proses pengkajian. Apabila Perawat masih ragu dengan data yang ada, Perawat harus melakukan pengkajian ulang pada klien. Jangan ragu-ragu untuk melihat kembali buku-buku referensi diagnosis keperawatan untuk menegakkan diagnosis keperawatan tersebut.

Beberapa diagnosis keperawatan berikut ini relevan untuk klien dengan gangguan psikososial:

Komponen	Diagnosis Keperawatan
Konsep diri	<ul style="list-style-type: none"> a. Gangguan Citra Tubuh (<i>body image</i>). b. Gangguan Ideal Diri. c. Gangguan Harga Diri. d. Gangguan Identitas. e. Gangguan Peran.
Gangguan seksualitas	<ul style="list-style-type: none"> a. Kecemasan b. Adaptasi yang tidak efektif. c. Gangguan proses keluarga. d. Kurang pengetahuan (tentang kontrasepsi, penyakit menular seksual, HIV/AIDS). e. Disfungsi seksual. f. Pola seksualitas yang tidak efektif. g. Isolasi sosial. h. Risiko kekerasan pada orang lain. i. Risiko kekerasan pada diri sendiri.
kesehatan spiritual	<ul style="list-style-type: none"> a. Kecemasan. b. Kesedihan. c. Keputusasaan. d. Ketidakberdayaan. e. Kesiapan untuk meningkatkan kesejahteraan spiritual. f. Tekanan spiritual. g. Risiko untuk tekanan spiritual.

Stres dan koping	<ul style="list-style-type: none"> a. Kecemasan. b. Ketegangan peran dalam pengasuh. c. Koping yang tidak efektif. d. Risiko untuk sindrom pascatrauma. e. Insomnia. f. Gangguan harga diri.
Pengalaman kehilangan, berduka, kematian dan penyakit terminal	<ul style="list-style-type: none"> a. Kecemasan. b. Ketegangan peran pemberi layanan. c. Adaptasi keluarga yang disetujui. d. Gangguan identitas diri. e. Penyangkalan yang tidak efektif. f. Ketakutan. g. Berduka. h. Berduka komplikasi. i. Risiko untuk berduka komplikasi. j. Keputusan. k. Risiko kesendirian. l. Tekanan spiritual. m. Kesiapan untuk meningkatkan kesejahteraan spiritual.

Marilah kita pelajari beberapa pengertian dari diagnosis keperawatan yang sering muncul pada klien dengan gangguan psikososial.

1. **Gangguan Citra Tubuh**

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang sering kontak dengan tubuh.

Pada klien yang dirawat di rumah sakit umum, perubahan citra tubuh sangat mungkin terjadi. Stresor pada tiap perubahan adalah:

- a. Perubahan ukuran tubuh: berat badan yang turun akibat penyakit.
- b. Perubahan bentuk tubuh: tindakan invasif, seperti operasi, suntikan, daerah pemasangan infus.
- c. Perubahan struktur: sama dengan perubahan bentuk tubuh disertai dengan pemasangan alat di dalam tubuh
- d. Perubahan fungsi: berbagai penyakit yang dapat mengubah sistem tubuh.
- e. Keterbatasan: gerak, makan dan kegiatan.
- f. Makna dan objek yang sering kontak: penampilan dan dandanan yang berubah, pemasangan alat pada tubuh klien (infus, fraksi, respitor, suntik, pemeriksaan tanda vital dan lain-lain).

2. **Gangguan Ideal Diri**

Gangguan ideal diri adalah ideal diri yang terlalu tinggi, sukar dicapai dan tidak realistis ideal diri yang samar dan tidak jelas dan cenderung menuntut. Pada klien yang dirawat di

rumah sakit karena sakit maka ideal dirinya dapat terganggu. Tanda dan gejala sebagai pendukung diagnosis ini adalah mengungkapkan keputusan akibat penyakitnya, misalnya “saya tidak bisa ikut ujian karena sakit, saya tidak bisa lagi jadi perawat karena bekas operasi di muka saya, kaki saya dioperasi saya tidak dapat main bulu tangkis lagi.” Mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi, misalnya klien yakin pasti bisa sembuh setelah operasi besar padahal prognosis penyakitnya jelek, klien yakin akan kembali ke sekolah setelah sehat padahal penyakitnya mengakibatkan tidak mungkin lagi sekolah.

3. Gangguan Harga Diri

Gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan. Tanda dan gejala untuk menegakkan diagnosis ini adalah:

- a. Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit, misalnya malu dan sedih karena rambut jadi botak setelah mendapat terapi sinar pada kanker.
- b. Rasa bersalah terhadap diri sendiri, misalnya “ini tidak akan terjadi jika saya segera ke rumah sakit”, menyalahkan atau mengejek dan mengkritik diri sendiri.
- c. Merendahkan martabat, misalnya “saya tidak bisa, saya tidak mampu, saya orang bodoh dan tidak tahu apa-apa.”
- d. Gangguan hubungan sosial, seperti menarik diri, klien tidak ingin bertemu dengan orang lain, lebih suka sendiri.
- e. Percaya diri kurang. Klien sukar mengambil keputusan, misalnya tentang memilih alternatif tindakan.
- f. Mencederai diri. Akibat harga diri yang rendah disertai harapan yang suram, mungkin klien ingin mengakhiri kehidupan

4. Gangguan Identitas

Gangguan identitas adalah kekaburan/ketidakpastian memandang diri sendiri. Penuh dengan keragu-raguan, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan pada klien yang dirawat di rumah sakit karena penyakit fisik maka identitas dapat terganggu, karena tubuh klien di kontrol oleh orang lain. Tanda dan gejala untuk menegakkan diagnosis gangguan identitas adalah:

- a. tidak ada percaya diri;
- b. sukar mengambil keputusan;
- c. ketergantungan;
- d. masalah dalam hubungan interpersonal;
- e. ragu atau tidak yakin terhadap keinginan;
- f. proyeksi (menyalahkan orang lain).

5. Gangguan Peran

Gangguan peran adalah perasaan kehilangan pada tugas utama kehidupan yang disebabkan adanya kondisi atau keadaan yang menyebabkan perasaan kehilangan tersebut.

Sebagai contoh pemain sepak bola yang harus diamputasi kakinya karena kecelakaan kemudian individu tersebut merasa rendah dengan kegagalannya untuk tidak bisa bermain bola lagi. Tanda dan gejala yang mendukung penegakan diagnosis gangguan peran adalah:

- a. mengingkari ketidakmampuan menjalankan peran;
- b. ketidakpuasan peran;
- c. kegagalan menjalankan peran yang baru;
- d. ketegangan menjalankan peran yang baru;
- e. kurang tanggung jawab;
- f. apatis/ bosan/ jenuh dan putus asa.

6. Kecemasan

Kecemasan atau Ansietas adalah respons emosi tanpa objek yang spesifik yang secara subjektif dialami dan dikomunikasikan secara interpersonal. Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami ansietas (Hawari, 2008), antara lain cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut, takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang, gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan, gangguan konsentrasi dan daya ingat, keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdengung (tinitus), berdebar-debar, sesak napas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan sebagainya.

7. Koping yang tidak efektif

Koping individu tidak efektif adalah kerusakan perilaku-perilaku adaptif dan kemampuan memecahkan masalah dari seseorang di dalam memenuhi kebutuhan dan peran hidup.

8. Risiko untuk sindrom pascatrauma

Post Traumatic Stres Disorder adalah gangguan kecemasan yang dapat terbentuk dari sebuah peristiwa atau pengalaman yang menakutkan/mengerikan, sulit dan tidak menyenangkan dimana terdapat penganiayaan fisik atau perasaan terancam (*American Psychological Association, 2004*).

9. Insomnia

Insomnia adalah gejala kelainan dalam tidur berupa kesulitan berulang untuk tidur atau mempertahankan tidur walaupun ada kesempatan untuk itu. Gejala tersebut biasanya diikuti gangguan fungsional saat bangun.

10. Gangguan proses keluarga

Gangguan proses keluarga adalah perubahan hubungan dan atau fungsi dalam keluarga.

11. Kurang pengetahuan (tentang kontrasepsi, penyakit menular seksual, HIV/AIDS)

Kurang pengetahuan adalah Suatu keadaan di mana seorang individu atau kelompok mengalami defisiensi pengetahuan kognitif atau keterampilan-keterampilan psikomotor berkenaan dengan kondisi atau rencana pengobatan.

12. Disfungsi seksual

Istilah disfungsi seksual menunjukkan adanya gangguan pada salah satu atau lebih aspek fungsi seksual (Pangkahila, 2005). Bila didefinisikan secara luas, disfungsi seksual adalah ketidakmampuan untuk menikmati secara penuh hubungan seks. Secara khusus, disfungsi seksual adalah gangguan yang terjadi pada salah satu atau lebih dari keseluruhan siklus respons seksual yang normal (Elvira, 2006). Sehingga disfungsi seksual dapat terjadi apabila ada gangguan dari salah satu saja siklus respons seksual.

13. Pola seksualitas yang tidak efektif

Pola seksual mengandung arti bahwa suatu kondisi seorang individu mengalami atau beresiko mengalami perubahan kesehatan seksual, sedangkan kesehatan seksual sendiri adalah integrasi dari aspek somatis, emosional, intelektual, dan sosial dari keberadaan seksual yang dapat meningkatkan rasa cinta, komunikasi, dan kepribadian.

14. Isolasi sosial

Isolasi sosial adalah suatu keadaan kesepian yang dialami oleh seseorang karena orang lain menyatakan sikap yang negatif dan mengancam (Twondsend, 2005).

15. Risiko kekerasan pada orang lain dan diri sendiri

Risiko perilaku kekerasan adalah adanya kemungkinan seseorang melakukan tindakan yang dapat mencederai orang lain dan lingkungan akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif.

16. Ketakutan

Ketakutan adalah respons terhadap persepsi ancaman yang secara sadar dikenali sebagai bahaya. Batasan karakteristik subjektif adalah gusar, cemas, ketakutan, menurunnya keyakinan diri, kengerian, kehebohan, meningkatnya tekanan, gelisah, panik, teror, dan khawatir. Batasan kognitifnya adalah penurunan produktivitas, kemampuan belajar, kemampuan menyelesaikan masalah, mengidentifikasi obyek rasa takut, dan stimulus yang dipercaya sebagai ancaman. Batasan perilaku di antaranya perilaku menghindar atau menyerang dan perilaku impulsif, meningkatnya kewaspadaan dan fokus menyempit pada rasa takut. Batasan psikologis di antaranya anoreksia, diare, mulut kering, kelelahan, peningkatan produksi keringat, peningkatan nadi, peningkatan frekuensi pernafasan dan napas dangkal, peningkatan tekanan darah sistolik, kekakuan otot, mual, pucat, dilatasi pupil dan muntah.

17. Berduka

Berduka atau duka cita adalah proses kompleks yang normal yang mencakup respons dan perilaku emosi, fisik, spiritual, sosial, dan intelektual ketika individu, keluarga, dan komunitas menghadapi kehilangan aktual, kehilangan yang diantisipasi, atau persepsi kehilangan ke dalam lingkungan mereka sehari-hari. Batasan karakteristik subjektif di antaranya marah, menyalahkan, merasa terpisah, putus asa, mengalami peredaan dan nyeri.

18. Keputusasaan

Keputusasaan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimilikinya.

Anda tidak dapat membuat diagnosis keperawatan yang akurat hanya berdasarkan pada satu atau dua karakteristik definisi. Tinjau ulang dengan teliti data untuk mempertimbangkan apakah lebih dari satu diagnosis dapat digunakan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan diagnosis keperawatan yang sering muncul pada klien dengan gangguan konsep diri!
- 2) Jelaskan pengertian dari gangguan pola seksualitas!
- 3) Jelaskan pengertian dari berduka?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat mempelajari kembali materi yang membahas tentang: diagnosis Keperawatan pada Klien dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka Dan Penyakit Terminal.

Ringkasan

Diagnosis keperawatan harus ditegakkan dengan benar dari analisis data yang sudah didokumentasikan pada proses pengkajian. Apabila Perawat masih ragu dengan data yang ada, Perawat harus melakukan pengkajian ulang pada klien. Jangan ragu-ragu untuk melihat kembali buku-buku referensi diagnosis keperawatan untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Tes 2

- 1) Perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang sering kontak dengan tubuh adalah pengertian dari diagnosis
 - A. gambaran diri
 - B. ideal diri
 - C. harga diri
 - D. identitas

- 2) Respons emosi tanpa objek yang spesifik yang secara subjektif dialami dan dikomunikasikan secara interpersonal oleh klien disebut
 - A. kecemasan
 - B. ketakutan
 - C. stres
 - D. mekanisme koping

- 3) Dalam keputusan, seorang individu akan melihat keterbatasan atau tidak ada alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi yang dimilikinya secara
 - A. Objektif
 - B. Subjektif
 - C. Makro
 - D. Mikro

- 4) Apabila seorang individu merasa kesepian karena orang lain menyatakan sikap yang negatif dan mengancam dapat dikategorikan dalam permasalahan
 - A. isolasi sosial
 - B. menarik diri
 - C. stres
 - D. ketakutan

- 5) Integrasi dari aspek somatis, emosional, intelektual, dan sosial dari keberadaan seksual yang dapat meningkatkan rasa cinta, komunikasi, dan kepribadian adalah pengertian dari
 - A. pola seksual
 - B. kesehatan seksual
 - C. disfungsi seksual
 - D. seksualitas

Topik 3

Intervensi Keperawatan pada Klien dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka dan Penyakit Terminal

Setelah kita selesai mempelajari diagnosis keperawatan pada klien dengan gangguan psikososial, marilah kita melangkah ke perumusan intervensi keperawatannya. Suatu rencana keperawatan bagi klien yang mengalami gangguan psikososial berfokus pada kenyamanan, menjaga martabat dan kualitas hidup, serta menyediakan dukungan emosional, sosial, dan spiritual bagi anggota keluarga.

Secara umum, intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan psikososial adalah sebagai berikut:

1. Intervensi Klien Dengan gangguan Konsep Diri

Intervensi pada klien menurut Tarwoto dan Wartonah (2004) adalah:

a. Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah b.d kesehatan.

Tujuan: Klien menunjukkan harga diri yang positif.

Kriteria Hasil:

- 1) klien tidak merasa malu dengan kondisinya;
- 2) klien merasa percaya diri;
- c. klien mau berinteraksi dengan orang lain.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dan menjelaskan semua prosedur dan tujuan dengan singkat dan jelas.
- 2) Kaji penyebab gangguan harga diri rendah.
- 3) Berikan dukungan emosi untuk klien/orang terdekat selama tes diagnostik.
- 4) Sampaikan hal-hal positif secara mutlak.
- 5) Gunakan sentuhan tangan jika diterima.
- 6) Libatkan keluarga dan orang terdekat untuk memberikan support.
- 7) Berikan penguatan (reinforcement) yang positif.

b. Gangguan konsep diri: Body Image b.d hilangnya bagian tubuh.

Tujuan: Gambaran diri klien positif.

Kriteria hasil:

- 1) klien menyukai anggota tubuhnya;
- 2) klien tidak merasa malu;
- 3) klien mau berinteraksi dengan orang lain.

Intervensi:

- 1) Binalah hubungan saling percaya.
- 2) Kaji penyebab gangguan body image.
- 3) Kaji kemampuan yang dimiliki klien.
- 4) Eksplorasi aktivitas baru yang dapat dilakukan.
- 5) Berikan dukungan yang positif dan dukungan emosi.
- 6) Gunakan sentuhan tangan jika diterima.

c. *Gangguan konsep diri: Perubahan Peran b.d kesehatan.*

Tujuan: Klien dapat melakukan perannya.

Kriteria hasil:

- 1) klien tidak merasa malu dengan kondisinya;
- 2) klien merasa percaya diri;
- 3) klien mau berinteraksi dengan orang lain.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dan menjelaskan semua prosedur dan tujuan dengan singkat dan jelas.
- 2) Kaji penyebab perubahan peran.
- 3) Berikan dukungan emosi untuk klien/orang terdekat selama tes diagnostik.
- 4) Sampaikan hal-hal positif secara mutlak.
- 5) Gunakan sentuhan tangan jika diterima.
- 6) Libatkan keluarga dan orang terdekat untuk memberikan support.
- 7) Berikan penguatan (reinforcement) yang positif.

d. *Gangguan konsep diri: Identitas Diri b.d kesehatan.*

Tujuan: Klien dapat mengidentifikasi identitasnya yang positif.

Kriteria hasil:

- 1) klien tidak merasa malu dengan kondisinya;
- 2) klien merasa percaya diri;
- 3) klien mau berinteraksi dengan orang lain.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dan menjelaskan semua prosedur dan tujuan dengan singkat dan jelas.
- 2) Kaji penyebab gangguan identitas diri klien.
- 3) Berikan dukungan emosi untuk klien/orang terdekat selama tes diagnostik.
- 4) Sampaikan hal-hal positif secara mutlak.
- 5) Gunakan sentuhan tangan jika diterima.
- 6) Libatkan keluarga dan orang terdekat untuk memberikan support.
- 7) Berikan penguatan (reinforcement) yang positif.

2. Intervensi pada Klien dengan Gangguan Seksualitas

Inti dari intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan seksualitas adalah:

- a. menciptakan suasana dimana klien dapat menggali masalah seksual;
- b. merujuk kepada sumber daya yang sesuai untuk menggali masalah seksual;
- c. menggali pemahaman klien, kepercayaan, dan sikap berkenaan dengan seksualitas dan fungsi seksual.

3. Intervensi pada Klien dengan Gangguan Kesehatan Spiritual

Tujuan dari pemberian intervensi pada klien dengan gangguan kesehatan spiritual adalah:

- a. klien akan mengungkapkan penerimaan terhadap penyakitnya;
- b. klien melaporkan kemampuan bergantung pada dukungan anggota keluarga;
- c. klien memulai interaksi sosial dengan keluarga dan teman.

Adapun inti dari intervensi pada klien dengan gangguan kesehatan spiritual adalah:

- a. berkolaborasi dengan klien dan keluarga pada pemilihan intervensi;
- b. konsultasi dengan pelayanan rohaniwan sesuai dengan agamanya masing-masing;
- c. memberikan fasilitas klien untuk melaksanakan ibadah sesuai dengan keyakinan dan agama masing-masing.

4. Intervensi pada Klien dengan Gangguan Stres dan Adaptasi

Hasil yang diharapkan pada individu yang mengalami stres bisa termasuk koping yang efektif, koping keluarga, kesehatan emosional pengasuh, dan penyesuaian psikososial terhadap perubahan hidup. Intervensi menyesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan. Perawat harus dapat memberikan promosi kesehatan agar klien dapat meningkatkan koping individu sehingga dapat melakukan manajemen stres dengan baik dengan tujuan klien dapat melaporkan penggunaan strategi untuk mengurangi stres kronis. Adapun strategi pengajaran yang dapat diberikan adalah:

- a. pergi tidur 30-60 menit lebih cepat setiap malam untuk beberapa minggu, namun melanjutkan tidur pada pagi hari tidak membantu karena hal itu akan mengganggu ritme tubuh;
- b. berolah raga minimal 30 menit setiap hari;
- c. mengurangi atau berhenti menggunakan kafein, seperti yang terkandung dalam kopi, teh, dan soda;
- d. mendengarkan musik yang disukai klien;
- e. mempertimbangkan atau mempunyai atau tidak mempunyai binatang peliharaan akan mengurangi stres dan memberikan dukungan sosial;
- f. melakukan pijatan;
- g. membuat catatan harian untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan klien.

- h. mengganti kegiatan yang tidak perlu yang menghabiskan waktu dengan kegiatan yang menyenangkan atau menarik;
- i. mencari humor dalam situasi yang penuh tekanan;
- j. menggunakan meditasi, imajinasi, terbimbing, atau yoga untuk mendapatkan relaksasi yang dalam.

5. Intervensi pada Klien dengan Pengalaman Kehilangan, Berduka, Kematian dan Penyakit Terminal

Berdasarkan beberapa diagnosis keperawatan yang mungkin muncul di atas, maka dapat disusun beberapa perencanaan untuk mengatasi masalah. Respons klien berbeda-beda setiap kasusnya, tentunya hal ini dipengaruhi oleh pengalaman, budaya, jenis kelamin dan nilai personal yang ada. Adapun kriteria hasil yang akan dicapai adalah klien dapat:

- a. secara verbal mengungkapkan kesedihannya (atau marah atau kehilangan);
- b. berbagi pikiran dan perasaan dengan orang lain;
- c. menggunakan sumber yang tepat (teman, support group);
- d. memelihara hubungan interpersonal yang konstruktif;
- e. membangun hubungan yang baru;
- f. secara verbal mengungkapkan bahwa masalah kehilangan teratasi;
- g. menyimpulkan aktivitas yang biasa (aktivitas sehari-hari, rekreasi, kerja dan lain-lain).

Keterampilan yang relevan pada situasi kehilangan dan berduka adalah mendengarkan dengan baik, diam, pertanyaan terbuka dan tertutup, paraphrase, klarifikasi, refleksi perasaan dan menyimpulkan. Kurangi pemberian nasihat dan evaluasi pada klien. Untuk meyakinkan komunikasi yang efektif, Perawat harus membuat pengkajian yang akurat tentang apa yang tepat untuk klien.

Komunikasi dengan klien berduka membutuhkan hal yang relevan dengan tahapan berdukanya. Jika klien sedang pada tahapan marah dan depresi, bagaimana ia bisa mendengarkan pesan-pesan dan bagaimana Perawat menginterpretasikan pernyataan klien. Untuk melakukan tindakan yang tepat sesuai kebutuhan klien, lihat tahapan reaksi kehilangan Kubler Ross.

Tujuan keperawatan untuk klien yang mengalami rasa kehilangan dapat berupa jangka panjang atau jangka pendek, tergantung pada sifat rasa kehilangan dan berduka klien. Beberapa tujuan asuhan keperawatan untuk klien yang menghadapi kehilangan atau kematian adalah mengakomodasi rasa berduka, menerima kenyataan akan rasa kehilangan, atau mempertahankan hubungan yang penuh arti. Adapun tujuan utama perawatan klien menanti ajal adalah: memelihara kenyamanan fisiologik dan psikologik, dan mencapai ketenangan dan kedamaian kematian. Kriteria hasil yang akan dicapai pada klien menanti ajal adalah klien dapat:

- a. bebas dari rasa sakit;
- b. berpartisipasi dalam aktivitas Perawatan diri dan tindakan;
- c. membuat pilihan berhubungan dengan Perawatan dan pengobatan;

- d. mengekspresikan perasaan marah, dukacita, atau kehilangan;
- e. menjaga hubungan yang terbuka dengan orang sekitar yang mendukung;
- f. mengidentifikasi area untuk kontrol personal;
- g. mengekspresikan perasaan optimisme tentang hubungan dengan orang-orang yang dekat;
- h. berbagi nilai dan arti personal tentang hidup;
- i. mengingat dan mengulang kembali positif kehidupan;
- j. menerima keterbatasan dan mencari pertolongan yang dibutuhkan.

Tanggung jawab utama perawat pada klien yang sedang menanti ajal adalah membantu klien meninggal dengan damai. Lebih spesifik, tanggung jawab tersebut adalah:

- a. membantu mengurangi kesepian, takut, dan depresi;
- b. menjaga perasaan aman klien, percaya diri, menerima, dan rasa berharga;
- c. menjaga untuk mempunyai harapan;
- d. membantu klien menerima kehilangannya;
- e. membantu klien untuk mendapatkan kenyamanan fisik.

Untuk ketenangan klien yang sedang menanti ajal atau klien yang menderita penyakit terminal, dibutuhkan Perawatan Paliatif (*Palliative care*), yaitu perawatan khusus yang merupakan tantangan dan memerlukan Perawat yang terampil dalam hubungan interpersonal. Pelayanan ini bisa dari komprehensif penuh sampai fokus pada area yang khusus, misalnya kontrol gejala dan manajemen nyeri. Adapun kebutuhan untuk manajemen nyeri pada klien adalah:

a. Memenuhi Kebutuhan Fisiologi klien yang Menanti Ajal

Kebutuhan fisiologi klien yang sedang menanti ajal adalah berhubungan dengan proses tubuh yang lambat dan ketidakseimbangan homeostatis. Tindakan termasuk personal hygiene, kontrol rasa nyeri, mengurangi kesulitan bernafas, bantu untuk bergerak, nutrisi, pemenuhan kebutuhan cairan, eliminasi dan mengukur perubahan sensori.

Pengontrolan nyeri sangat penting bagi klien untuk menjaga agar tetap beraktivitas, termasuk makan, bergerak dan tidur. Banyak obat yang digunakan untuk mengurangi dan mengontrol nyeri, seperti: morphine, heroin, methadone, alcohol dan masih banyak lagi. Obat-obat ini tergantung bagaimana dosis dari dokter dan pendapat klien harus dipertimbangkan. Klien adalah orang yang peduli dengan ancaman toleransi nyeri dan fluktuasi status internal. Karena menurunnya sirkulasi darah, analgetik mungkin diberikan melalui infuse intravena daripada subcutan atau intramuscular.

b. Dukungan Spiritual

Dukungan spiritual adalah sangat penting bagi klien yang sedang menanti ajal. Walaupun tidak semua klien mengidentifikasinya dengan agama atau kepercayaan khusus, sebagian besar membutuhkan arti dari kehidupannya, terutama sebagai pengalaman penyakit terminal. Kategori kebutuhan spiritual klien yang sedang menanti ajal adalah:

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- 1) mencari arti;
- 2) rasa untuk meminta maaf;
- 3) kebutuhan untuk cinta;
- 4) kebutuhan untuk harapan.

Perawat bertanggung jawab untuk meyakinkan bahwa kebutuhan spiritual klien terpenuhi, baik melalui intervensi langsung atau melalui orang lain yang dapat memenuhi kebutuhan spiritual klien, misal pemuka agama, sahabat dekat atau saudara klien. Perawat bertanggung jawab untuk tidak memaksakan keyakinan ataupun nilai yang diyakininya kepada klien, tetapi merespons klien sehubungan dengan latar belakang kebutuhan klien itu sendiri. Keterampilan komunikasi sangat diperlukan untuk membantu klien untuk mengungkapkan kebutuhannya dan mengembangkan kepedulian dan rasa percaya klien. Intervensi spesifik meliputi fasilitasi ungkapan perasaan, berdoa, meditasi, membaca, dan diskusi dengan penasehat yang tepat. Penting bagi Perawat untuk bekerja sama dengan orang yang mempunyai keahlian dalam hal spiritual.

Apabila klien telah dinyatakan meninggal dunia, Perawat bertanggung jawab untuk merawat tubuh klien yang sudah meninggal. Umumnya keluarga klien atau teman ingin melihat tubuh klien yang sudah meninggal. Prosedur Perawatan jenazah adalah sebagai berikut:

- 1) Bersihkan lingkungan nyaman mungkin dan membuat tubuh tampak natural dan nyaman.
- 2) Semua peralatan medis yang terpasang dilepas dan dipindahkan dari samping tempat tidur.
- 3) Semua alat tenun diganti dengan yang bersih, untuk menghindari bau yang tidak sedap.
- 4) Secara normal, tubuh diposisikan telentang (*supine*) dengan kedua tangan di samping, telapak tangan telungkup, atau menyilang di atas perut.
- 5) Kedua pergelangan tangan diikat tidak terlalu ketat. Satu bantal diletakkan di kepala dan di bawah bahu, untuk mencegah darah yang mengakibatkan perubahan warna di wajah tidak pucat.
- 6) Tutup mata dengan tangan dan tahan beberapa detik agar tetap tertutup. Jika tidak bisa tertutup, taruh kapas lembab di atas mata untuk menahan mata.
- 7) Mulut usahakan untuk tetap tertutup, ini bisa dengan meletakkan gulungan handuk di dagu untuk mempertahankan rahang.
- 8) Bersihkan bagian tubuh yang kotor, tidak perlu membersihkan semua tubuh. Membersihkan semua tubuh akan dilakukan oleh orang yang khusus memandikan jenazah (mortician) yang sudah dilatih.
- 9) Letakkan bahan yang mudah menyerap (pampers) di bagian bokong untuk menyerap cairan yang keluar atau feces yang disebabkan oleh relaksasi dari spinkter.
- 10) Ganti pakaian klien dengan yang bersih dan sisir rambut klien.
- 11) Seluruh perhiasan yang digunakan dilepas dan benda berharga lainnya diberikan kepada keluarga untuk dibawa pulang.

- 12) Tutup klien dengan linen yang menutupi seluruh tubuh klien.
- 13) Lampu dan kursi di samping tempat tidur disediakan untuk keluarga.
- 14) Setelah semua keluarga melihat, beri identitas klien yang diikatkan satu di pergelangan kaki dan satu lagi di pergelangan tangan.
- 15) Jika sudah siap, maka jenazah dibawa ke kamar mayat dengan menggunakan kereta dorong bersama-sama keluarga.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan konsep diri; gambaran diri!
- 2) Jelaskan prinsip intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan pola seksualitas!
- 3) Sebutkan kategori kebutuhan spiritual klien yang sedang menanti ajal!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat mempelajari kembali materi yang membahas tentang: Intervensi Keperawatan Pada Klien Dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka Dan Penyakit Terminal.

Ringkasan

Suatu rencana Perawatan bagi klien yang mengalami gangguan psikososial berfokus pada kenyamanan, menjaga martabat dan kualitas hidup, serta menyediakan dukungan emosional, sosial, dan spiritual bagi anggota keluarga. Pada saat memberikan intervensi keperawatan, Perawat diharapkan selalu memberikan penguatan (*reinforcement*) kepada klien agar selalu aktif berpartisipasi dalam rangkaian kegiatan proses keperawatan.

Tes 3

- 1) Salah satu kriteria hasil dari tujuan asuhan keperawatan klien dengan diagnosis gangguan konsep diri; harga diri rendah adalah
 - A. klien merasa percaya diri
 - B. klien menyatakan secara verbal permasalahan yang dihadapi
 - C. klien menyatakan kecemasannya
 - D. klien menunjukkan mekanisme koping yang baik

✂ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 2 ✂ ■

- 2) Kriteria hasil dari tujuan asuhan keperawatan klien dengan gangguan kesehatan spiritual adalah
 - A. klien tidak mengungkapkan penerimaan terhadap penyakitnya
 - B. klien melaporkan kemampuan mandiri
 - C. klien memulai interaksi sosial dengan keluarga dan teman
 - D. klien mulai menarik diri

- 3) Intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan konsep diri; identitas diri adalah....
 - A. bina hubungan saling percaya dan menjelaskan semua prosedur dan tujuan dengan singkat dan jelas
 - B. berikan teknik relaksasi
 - C. jauhkan orang terdekat selama tes diagnostik
 - D. sampaikan hal-hal negatif secara mutlak

- 4) Kriteria hasil yang akan dicapai pada klien menjelang ajal adalah klien dapat
 - A. masih merasakan rasa sakit
 - B. pasif dalam aktivitas Perawatan diri dan tindakan
 - C. membuat pilihan berhubungan dengan perawatan dan pengobatan
 - D. mengekspresikan keceriaan

- 5) Tanggung jawab utama keperawatan pada klien yang sedang menanti ajal adalah membantu klien meninggal dengan damai, lebih spesifik, tanggung jawab tersebut adalah
 - A. membantu mengurangi kesepian, takut, dan depresi
 - B. memberikan fasilitas kebersihan diri
 - C. menjaga suhu tubuh dalam kondisi normal
 - D. membantu klien dalam melakukan relaksasi

Topik 4

Evaluasi Keperawatan pada Klien dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka dan Penyakit Terminal

Evaluasi efektivitas proses keperawatan pada klien dengan gangguan psikososial adalah sulit karena kondisi ini merupakan transisi alami yang lama dan panjang dalam kehidupan. Kriteria evaluasi harus berdasarkan tujuan yang dibuat oleh klien dan keluarga. Kunjungan lanjut (*follow-up visite*) untuk bertahannya anggota keluarga mungkin tepat bila Perawat tidak hanya mengukur informasi tentang evaluasi, tetapi juga membantu Perawat dalam bekerja melalui merefleksi berdukanya sendiri dengan peduli terus untuk keluarga.

A. KONSEP DIRI

Evaluasi harus dilakukan berdasar perumusan tujuan pada tiap-tiap diagnosis. Perawat diharapkan menggunakan konsep berpikir kritis dalam melaksanakan evaluasi. Tindakan yang harus dilakukan Perawat saat melakukan evaluasi adalah mengamati perilaku non verbal klien, meminta klien untuk berbagi pendapat dan ide, mengamati penampilan klien dan menanyakan klien apakah harapannya telah terpenuhi. Menurut Perry & Potter (2010) model pemikiran kritis untuk evaluasi konsep diri adalah:

1. Pengetahuan

- a. Perilaku yang menggambarkan kepercayaan diri.
- b. Karakteristik citra tubuh yang sehat dan positif.

2. Pengalaman

Kaji respons klien sebelumnya terhadap intervensi konsep diri.

a. Standar

Gunakan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi respons klien terhadap pelayanan (misalnya, kemampuan untuk mengungkapkan masalah secara terbuka dan untuk mencapai peran yang jelas).

b. Sikap

Tunjukkan ketekunan untuk mendapatkan terapi yang berhasil jika klien mengalami citra tubuh.

C. SEKSUALITAS

Menurut Perry & Potter (2010) evaluasi klien dengan gangguan seksualitas difokuskan pada beberapa hal di antaranya:

1. evaluasi persepsi klien terhadap fungsi seksual;

2. minta klien mendiskusikan praktik seks yang aman;
3. minta klien untuk menentukan faktor risiko yang memberi kecenderungan klien ke arah penyakit menular seksual;
4. tanyakan apakah harapan klien telah terpenuhi.

Adapun model berpikir kritis untuk melaksanakan evaluasi klien adalah sebagai berikut:

1. Pengetahuan

- a. Karakteristik seksualitas dan respons seksual yang normal.
- b. Penemuan pengkajian fisik.
- c. Dampak kondisi medis dan obat-obatan pada fungsi seksual.

2. Pengalaman

- a. Mengembangkan hubungan dengan berbagai klien.
- b. Merawat klien dengan HIV/ AIDS.
- c. Merawat klien dengan berbagai orientasi seksual.

3. Standar

- a. Menggunakan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi respons klien terhadap Perawatan (misalnya, kemampuan untuk mengungkapkan masalah secara terbuka).
- b. Tentukan bahwa kerahasiaan klien telah terlindungi.

4. Sikap

- a. Terus berusaha melakukan berbagai pendekatan untuk mengubah praktik seks klien yang tidak aman dan mempromosikan pemakaian kontrasepsi.
- b. Menunjukkan integritas dalam melindungi kerahasiaan klien.

C. KESEHATAN SIPITUAL

Tahapan evaluasi pada klien dengan gangguan kesehatan spiritual juga memerlukan pemikiran kritis. Menurut Perry & Potter (2010), hal-hal yang perlu dilakukan perawat dalam fase evaluasi adalah:

1. kaji ulang persepsi diri klien terhadap kesehatan spiritual;
2. kaji ulang pandangan klien tentang tujuan hidupnya;
3. berdiskusi dengan keluarga dan kerabat dekat tentang hubungan klien;
4. tanyakan keinginan klien apakah telah terpenuhi.

Model berpikir kritis untuk melaksanakan evaluasi klien menurut Perry & Potter (2010) adalah sebagai berikut:

1. Pengetahuan

- a. Teori adaptasi.
- b. Perilaku yang mencerminkan kesehatan spiritual.

2. Pengalaman

Respons klien sebelumnya terhadap intervensi pelayanan.

a. Standar

- 1) Menggunakan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi respons klien terhadap Perawatan.
- 2) Menunjukkan etika Perawatan.

b. Sikap

Menunjukkan integritas; bersikap terbuka terhadap segala kemungkinan konflik antara pendapat klien dan Perawat, memutuskan proses untuk mencapai hasil yang secara mutu menguntungkan.

D. STRES DAN KOPING

Tahapan evaluasi pada klien dengan stres dan koping juga memerlukan pemikiran kritis. Hal-hal yang perlu dilakukan Perawat dalam fase evaluasi menurut Perry & Potter (2010) adalah:

- 1. Mengkaji ulang klien tentang adanya masalah atau gejala yang baru atau yang terkait stres yang berulang.
- 2. Menentukan apakah perubahan dalam Perawatan meningkatkan koping klien terhadap stres.
- 3. Tanyakan apakah harapan klien telah terpenuhi.

Model berpikir kritis untuk melaksanakan evaluasi klien adalah sebagai berikut:

1. Pengetahuan

- a. Karakteristik perilaku koping.
- b. Karakteristik kelanjutan respons terhadap stres.
- c. Membedakan antara stres dan trauma.

2. Pengalaman

Respons klien sebelumnya untuk merencanakan intervensi keperawatan

a. Standar

- 1) Menggunakan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi respons klien terhadap Perawatan (misalnya, kembali ke pola tidur yang normal).
- 2) Menggunakan standar relevansi intelektual; yakinkan klien mencapai tujuan yang relevan dengan kebutuhan mereka.

- b. Sikap
 - a. Menunjukkan ketekunan dalam membuat ulang intervensi untuk meningkatkan coping klien terhadap stres.
 - b. Menunjukkan integritas dalam mengevaluasi secara akurat intervensi keperawatan.

E. PENGALAMAN BERDUKA, KEHILANGAN DAN PENYAKIT TERMINAL

Keberhasilan proses evaluasi sebagian tergantung pada ikatan yang telah dibentuk antara Perawat dan klien. Menurut Perry & Potter (2010), pertanyaan berikut ini akan membantu Anda memvalidasi pencapaian tujuan dan harapan klien:

1. Apakah hal terpenting yang dapat saya lakukan untuk Anda pada saat ini?
2. Apakah kebutuhan Anda sudah dipenuhi tepat pada waktunya?
3. Apakah Anda mendapat pelayanan sesuai yang Anda inginkan?
4. Apakah Anda ingin saya membantu Anda dengan cara yang berbeda?
5. Apakah Anda memiliki permintaan khusus yang saya tidak dapat penuhi?

Ikut sertakan anggota keluarga dalam proses evaluasi. Hasil jangka panjang dan jangka pendek yang menunjukkan pemulihan keluarga dari rasa kehilangan akan membantu evaluasi Anda. Hasil jangka pendek menunjukkan efektivitas intervensi berduka termasuk membicarakan tentang rasa kehilangan tanpa perasaan yang berlebihan, perbaikan tingkat energi, pola diet dan tidur normal, reorganisasi pola hidup, peningkatan kemampuan dalam membuat keputusan, dan menemukannya dengan mudah di sekitar individu lain. Pencapaian jangka panjang termasuk pengembalian rasa humor dan pola hidup normal, hubungan personal baru atau yang diperbaharui, dan penurunan rasa nyeri dari dalam.

Hal-hal yang perlu dilakukan Perawat dalam fase evaluasi adalah:

1. evaluasi tanda dan gejala berduka klien;
2. evaluasi kemampuan anggota keluarga untuk menyelenggarakan pelayanan suportif;
3. evaluasi tingkat akhir kenyamanan klien dan pelepasan gejala;
4. tanyakan apakah harapan klien/keluarga telah terpenuhi.

Model berpikir kritis untuk melaksanakan evaluasi klien adalah sebagai berikut:

1. Pengetahuan

- a. Karakteristik resolusi berduka.
- b. Gejala klinis perbaikan tingkat kenyamanan (dapat digunakan pada penyakit terminal).
- c. Prinsip-prinsip perawatan paliatif.

2. Pengalaman

Respons klien sebelumnya untuk merencanakan intervensi keperawatan guna mengatasi rasa nyeri dan gejala atau rasa kehilangan orang terdekat.

- a. Standar
 - 1) Menggunakan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi respons klien terhadap Perawatan (misalnya, kemampuan untuk mendiskusikan rasa kehilangan, berpartisipasi dalam tinjauan kehidupan).
 - 2) Mengevaluasi peran klien dalam keputusan akhir kehidupan dan/ atau proses berduka.
- b. Sikap

Gigih dalam mencari ukuran rasa nyaman yang berhasil untuk klien dengan penyakit terminal.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan manfaat melaksanakan evaluasi proses keperawatan pada klien dengan gangguan psikososial!
- 2) Jelaskan model pemikiran kritis untuk evaluasi konsep diri!
- 3) Sebutkan jenis pertanyaan dalam melaksanakan evaluasi pada klien dengan pengalaman berduka, kehilangan dan penyakit terminal!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab soal-soal latihan di atas, Anda dapat memelajari kembali materi yang membahas tentang: Evaluasi Keperawatan pada Klien dengan Kebutuhan Psikososial; Konsep Diri, Seksualitas, Kesehatan Spiritual, Stres & Koping, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka, dan Penyakit Terminal.

Ringkasan

Evaluasi efektifitas proses keperawatan pada klien dengan gangguan psikososial adalah sulit, sebab ini merupakan transisi alami yang lama dan panjang dalam kehidupan. Kriteria evaluasi harus berdasarkan tujuan yang dibuat oleh klien dan keluarga. Kunjungan lanjut (*follow-up visite*) untuk bertahannya anggota keluarga mungkin tepat bila Perawat tidak hanya mengukur informasi tentang evaluasi, tetapi juga membantu Perawat dalam bekerja melalui merefleksi berdukanya sendiri dengan peduli terus untuk keluarga. Evaluasi harus dilakukan berdasar perumusan tujuan pada tiap-tiap diagnosis. Perawat diharapkan menggunakan konsep berpikir kritis dalam melaksanakan evaluasi.

Tes 4

- 1) Tindakan yang harus dihindari Perawat saat melakukan evaluasi klien dengan gangguan konsep diri adalah
 - A. mengamati perilaku non verbal klien
 - B. meminta klien untuk berbagi pendapat dan ide
 - C. mengamati penampilan klien dan menanyakan klien apakah harapannya telah terpenuhi
 - D. bersikap menggurui klien

- 2) Evaluasi klien dengan gangguan seksualitas difokuskan pada beberapa hal diantaranya....
 - A. evaluasi persepsi klien terhadap fungsi seksual
 - B. minta klien mendemonstrasikan praktik seks yang aman
 - C. minta klien untuk menentukan keinginan seksual
 - D. tanyakan apakah kesenangan klien

- 3) Hal-hal yang perlu dihindari oleh Perawat dalam fase evaluasi klien dengan gangguan kesehatan spiritual adalah
 - A. kaji ulang persepsi diri klien terhadap kesehatan spiritual
 - B. kaji ulang pandangan klien tentang tujuan hidupnya
 - C. berdiskusi dengan keluarga dan kerabat dekat tentang hubungan klien
 - D. mengulang-ulang pertanyaan yang sama kepada klien

- 4) Hal-hal yang perlu dilakukan Perawat dalam fase evaluasi klien dengan stres adalah
 - A. mengkaji ulang klien tentang adanya masalah atau gejala yang baru atau yang terkait stres yang berulang
 - B. menginterpretasikan adanya perubahan peningkatan coping klien terhadap stres
 - C. segera menyimpulkan bahwa klien masih mengalami stres
 - D. menginterpretasikan mekanisme coping yang dijalani klien

- 5) Pertanyaan berikut ini akan membantu perawat memvalidasi pencapaian tujuan dan harapan klien yang sedang berduka
 - A. Apakah hal terpenting yang dapat saya lakukan untuk Anda pada saat ini?
 - B. Apakah Anda merasa sedih?
 - C. Apakah Anda ingin membantu pekerjaan saya?
 - D. Apakah Anda dapat menghibur diri sendiri?

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D
- 2) A
- 3) A
- 4) C
- 5) B

Tes 2

- 1) A
- 2) A
- 3) B
- 4) A
- 5) B

Tes 3

- 1) A
- 2) C
- 3) A
- 4) C
- 5) A

Tes 4

- 1) D
- 2) A
- 3) D
- 4) A
- 5) A

Glosarium

1. Privacy, dalam bahasa Indonesia, disebut kerahasiaan pribadi adalah kemampuan satu atau sekelompok individu untuk menutup atau melindungi kehidupan dan urusan personalnya dari publik, atau untuk mengontrol arus informasi mengenai diri mereka. Privasi kadang dihubungkan dengan anonimitas walaupun anonimitas terutama lebih dihargai oleh orang yang dikenal publik. Privasi dapat dianggap sebagai suatu aspek dari keamanan.
2. Adenosine Triphosphat (ATP) adalah suatu nukleotida yang dalam biokimia dikenal sebagai "satuan molekular" pertukaran energi intraselular; artinya, ATP dapat digunakan untuk menyimpan dan mentranspor energi kimia dalam sel. ATP juga berperan penting dalam sintesis asam nukleat. Molekul ATP juga digunakan untuk menyimpan energi yang dihasilkan tumbuhan dalam respirasi selular. ATP yang berada di luar sitoplasma atau di luar sel dapat berfungsi sebagai agen signaling yang memengaruhi pertumbuhan dan respons terhadap perubahan lingkungan.
3. Glycogen adalah cadangan gula darah atau glukosa dalam sel tubuh. Karbohidrat setelah dikonsumsi maka akan dirubah menjadi glukosa pada usus dan diserap ke dalam aliran darah untuk didistribusikan ke sel-sel dalam tubuh dengan bantuan hormon insulin yang diproduksi oleh pankreas.
4. Hypothalamus adalah bagian dari otak yang terdiri dari sejumlah nukleus dengan berbagai fungsi yang sangat peka terhadap steroid dan glukokortikoid, glukosa dan suhu. Hipotalamus juga merupakan pusat kontrol autonom. Salah satu di antara fungsi hipotalamus yang paling penting karena terhubung dengan sistem syaraf dan kelenjar hipofisis yang merupakan salah satu homeostasis sistem endokrin, adalah fungsi neuroendokrin yang berpengaruh terhadap sistem syaraf otonomi sehingga dapat memelihara homeostasis tekanan darah, denyut jantung, suhu tubuh dan perilaku konsumsi dan emosi.
5. *Postmortem examination* atau autopsy juga dikenal pemeriksaan kematian atau nekropsi adalah investigasi medis jenazah untuk memeriksa sebab kematian.
6. *Electro Encephalogram* adalah alat untuk mengukur dan merekam aktivitas kelistrikan otak.

Penutup

Selamat! Anda telah berhasil menyelesaikan Bab 6 tentang Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Kebutuhan Psikososial, Pengalaman Kehilangan, Kematian, Berduka, dan Penyakit Terminal. Bab ini membahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan psikososial yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosis, intervensi keperawatan dan evaluasi. Penulis yakin Anda cukup memahami uraian materi yang diberikan.

Hal yang penting untuk Anda ingat dari bab ini adalah mengetahui asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kebutuhan psikososial, pengalaman kehilangan, kematian, berduka dan penyakit terminal dan diharapkan dapat memberikan pemahaman yang baik bagi Anda sebagai dasar pada saat Anda memberikan asuhan keperawatan pada klien di lahan praktik.

Untuk mengukur kembali pemahaman Anda mengenai isi bab ini, jangan lupa untuk mengikuti test akhir bab yang dapat diminta pada tutor Anda.

Selamat atas keberhasilan Anda! “Sampai berjumpa pada materi selanjutnya”

Daftar Pustaka

- American Psychological Association. (2004). *The Effects of Trauma Do Not Have to Last a Lifetime*. US: APA.
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2012). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. Canada: Addison Publishing Co.
- Carpenito, L.J. 2007. *Handbook of Nursing Diagnosis*. Toronto: Lippincot.
- Craven, R.F., Hirnle, C.J., 2000., *Fundamentals of Nursing : Human Health and Function.*, Third Edition., Philadelphia : JB. Lippincott Company.
- Culligan K : *Spirituality and healing in medicine, American Journal*, August 31, 1996.
- Elvira D. 2006. *Disfungsi Seksual pada Perempuan*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Emblen J.D, Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature, *Journal Professional Nursing* 8(1) :41, 1992.
- Gaskin S : The meaning of hope: implications for nursing practice and research, *Journal of Gerontology Nursing* , March 17, 1995.
- Hawari, D. (2008). *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Kübler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying*, Routledge, [ISBN 0-415-04015-9](https://doi.org/10.1080/00141801.1969.10558461)
- Miller J.F and Power MJ: Development of an instrument to measure hope, *Nurs Res* 37(1):6, 1988.
- O'neill DP and Kenny EK: Spirituality and chronic illness , *Image Journal Nursing Sch* 30(3):275, 1998.
- Pangkahila, W. 2005. *Disfungsi Seksual Pria*. Pusat Studi Andrologi dan Seksologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Potter, P.A., & Perry. A.G., (1994). *Clinical Nursing Skill & Techniques*. Buku 1. Third Edition., St.Louis, Missouri: Mosby-Year. Book Inc.
- Potter, P.A., Perry, A.G., (2010). *Fundamentals of Nursing: Fundamental Keperawatan.*, Buku 3., Edisi 7., Jakarta: EGC.

- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2000). Pocket Guide to Basic Skill and Procedures (3rd ed), Toronto: Mosby.
- Satino. (2005). Konsep Kehilangan, Berduka, Kematian Dan Kebutuhan Spiritual. Jakarta: Depkes RI; Pusdiknakes.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., 2002, Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth, Alih Bahasa : Monica Ester, Jakarta : EGC.
- Stoll, R.I (1979) Guidelines for spiritual assessment, American Journal of Nursing, 79, 1574-1577.
- Sundeen, S.J., Stuart, G.W., & Laraia, M.T. 2007. Stuart and Sundeen's Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Toronto: Mosb.
- Tarwoto dan Wartonah (2003). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Toth, J.C. (1992) Faith in recovery: Spiritual support after an acute MI, Journal of Christian Nursing, 9(4), 28-31.
- Townsend, M. C. (2005). Essential of Psichiatric Mental Hralth Nursing. (3rd Ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Wikipedia. (2015). Kematian. Tersedia pada: <https://id.wikipedia.org/wiki/Kematian>. On-line; 12 November 2015.
- Wilkinson, J.M., 2007., Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC., Edisi 7., Jakarta : EGC.