



Keperawatan Dasar



Cesarina Silaban, Jespín Saurina Manalu
Ridal Sagala, Maria Emilia Putri Parera, Jenti Sitorus
Dewi Sartiya Rini, Suyanta, Hermani Triredjeki
Yulidian Nurpratiwi, Lulut Handayani

Keperawatan Dasar



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Tentang dan/atau hak cipta/Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi

Pendataan Perolehan/Pasal 26

Kategori sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 adalah sebagai berikut:

- penggunaan layanan dengan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelayanan prima atau awal yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi awal;
- Penggunaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan penelitian dan pengkajian;
- Penggunaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, keolah-olahajaan dan Program yang tidak dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; atau
- penggunaan untuk keperluan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan yang menggunakan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Perolehan, Produser Perolehan, atau Lembaga Perolehan.

Sanksi Pelanggaran/Pasal 113

- Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h atau Penggunaan Semaua Komersial sebagaimana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah);
- Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g atau Penggunaan Semaua Komersial sebagaimana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah);

Keperawatan Dasar

Cesarina Silaban, Jespin Saurlina Manalu, Ridal Sagala
Maria Emilia Putri Parera, Jenti Sitorus, Dewi Sartiya Rini, Suyanta
Hermani Triredjeki, Yulidian Nurpratiwi, Lulut Handayani



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Keperawatan Dasar

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2024

Penulis:

Cesarina Silaban, Jespin Saurlina Manalu, Ridal Sagala
Maria Emilia Putri Parera, Jenti Sitorus, Dewi Sartiya Rini, Suyanta
Hermani Triredjeki, Yulidian Nurpratiwi, Lulut Handayani

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Cesarina Silaban., dkk.

Keperawatan Dasar

Yayasan Kita Menulis, 2024

xiv; 176 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-113-395-3

Cetakan 1, Juli 2024

I. Keperawatan Dasar

II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Salam damai sejahtera dan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas penyertaannya selama menulis buku Keperawatan Dasar ini sehingga buku ini dapat kami selesaikan.

Keperawatan Dasar adalah mata kuliah yang harus benar-benar dipahami oleh mahasiswa-mahasiswi keperawatan yang akan menjadi fondasi dalam melakukan praktik dan memberikan keperawatan kepada pasien.

Buku ini membahas:

Bab 1 Teori Kebutuhan Dasar Manusia

Bab 2 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Oksigen Sesuai SPO

Bab 3 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Cairan dan Elektrolit Sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

Bab 4 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Nutrisi Sesuai SPO (Standar Operasional Prosedur)

Bab 5 Prosedur Keperawatan dalam memenuhi Kebutuhan Eliminasi sesuai SPO

Bab 6 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Aktivitas sesuai SPO

Bab 7 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Perawatan Diri sesuai SPO

Bab 8 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Istirahat dan Tidur Sesuai SPO

Bab 9 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Keseimbangan Suhu Tubuh Sesuai SPO

Bab 10 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Menjelang dan Akhir Kehidupan sesuai SPO

Semoga buku ini memberikan manfaat kepada mahasiswa-mahasiswi keperawatan selama mengikuti perkuliahan khususnya mata kuliah Keperawatan Dasar.

Juli 2024
Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xiii

Bab 1 Teori Kebutuhan Dasar Manusia

1.1 Kebutuhan Dasar Manusia.....	1
1.2 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Abraham Maslow	2
1.3 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Calista Roy	5
1.4 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Dorothea Orem.....	7
1.5 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Florence Nightingale	8
1.6 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut King.....	11
1.7 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Faye Abdellah	12
1.8 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Jhonson	14
1.9 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Model E. Peplau.....	15
1.10 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Virginia Henderson.....	15
1.11 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Model Neuman	17
1.12 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Jean Watson	19
1.13 Faktor-faktor yang Memengaruhi Kebutuhan Dasar Manusia.....	20

Bab 2 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Oksigen Sesuai SPO

2.1 Definisi	23
2.2 Tujuan Pemberian Oksigen	25
2.3 Pemasangan Nasal Cannula/Masker	26
2.3.1 Persiapan Alat dan Bahan	28
2.3.2 Langkah-langkah Prosedur	28
2.4 Melatih Batuk Efektif.....	31
2.4.1 Persiapan Alat dan Bahan	32
2.4.2 Langkah-langkah Prosedur	32

Bab 3 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Cairan dan Elektrolit Sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

3.1 Cairan dan Elektrolit	37
3.2 Prosedur Keperawatan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit.....	42
3.3 Prinsip dan Protokol Pemberian Terapi Cairan Intravena.....	43

Bab 4 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Nutrisi Sesuai SPO (Standar Operasional Prosedur)

4.1 Nutrisi	47
4.2 Anatomi dan Fisiologi.....	49
4.3 Kebutuhan Nutrisi	50
4.3.1 Mengukur Indeks Masa Tubuh (IMT).....	51
4.3.2 Pengukuran Berat Badan	51
4.3.3 Pengukuran Tinggi Badan.....	52
4.3.4 Pengukuran Lingkar Lengan Atas.....	53
4.3.5 Pengukuran Lingkar Paha.....	54
4.3.6 Pengukuran Lingkar Abdomen	55
4.3.7 Memberikan Makan Per Oral	56

Bab 5 Prosedur Keperawatan dalam memenuhi Kebutuhan Eliminasi sesuai SPO

5.1 Pendahuluan.....	59
5.2 Standar Prosedur Operasional Eliminasi Alvi.....	60
5.3 Standar Prosedur Operasional Eliminasi Urine.....	68

Bab 6 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Aktivitas sesuai SPO

6.1 Kebutuhan Aktivitas.....	79
6.2 Ambulasi dan Mobilisasi	80
6.2.1 Prosedur Ambulasi.....	80
6.2.2 Prosedur Mobilisasi Dini	85
6.2.3 Prosedur Range Of Motion (ROM).....	86
6.2.4 Latihan Fisik	92

Bab 7 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Perawatan Diri sesuai SPO

7.1 Pendahuluan.....	99
7.2 Pengertian Perawatan Diri	102
7.3 Tujuan Perawatan Diri	102

7.4 Jenis Perawatan Diri.....	103
7.4.1 Kebersihan Diri.....	103
7.4.2 Toileting (BAK dan BAB)	108
7.4.3 Berpakaian dan Berhias	109
7.4.4 Makan.....	109
7.5 Prinsip Pelaksanaan Perawatan Diri.....	110
7.6 Asuhan Keperawatan	111
7.6.1 Pengkajian.....	111
7.6.2 Diagnosa Keperawatan	111
7.6.3 Perencanaan	112
7.6.4 Implementasi Keperawatan	112
7.6.5 Evaluasi	113
7.7 Standar Prosedur Operasional (SPO)	113
7.7.1 SPO Perawatan Diri Mandi	113
7.7.2 SPO Perawatan Diri Keramas (Mencuci Rambut)	116

Bab 8 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Istirahat dan Tidur Sesuai SPO

8.1 Istirahat dan Tidur.....	119
8.2 Jenis Tidur.....	120
8.2.1 Tidur Non REM	121
8.2.2 Tidur REM.....	122
8.3 Siklus Tidur.....	122
8.4. Pola Tidur Normal.....	123
8.4.1 Neonatus.....	123
8.4.2 Bayi.....	123
8.4.3 Toddler	124
8.4.4 Pre sekolah	124
8.4.5 Usia Sekolah	124
8.4.6 Remaja.....	124
8.4.7 Dewasa Muda	125
8.4.8 Dewasa Tengah	125
8.4.9 Orang Tua	125
8.5 Faktor-faktor Memengaruhi Tidur	126
8.6 Gangguan Tidur.....	127
8.6.1 Insomnia.....	127
8.6.2 Hipersomnia.....	128
8.6.3 Narkolepsi	128
8.6.4 Apnea Tidur	129

8.6.5 Kurang Tidur	130
8.6.6 Parasomnia.....	130
8.6.7 Penyebab Parasomnia	131
8.6.8 Jenis-Jenis Parasomnia:.....	131
8.6.9 Cara Mengatasi Parasomnia	132
8.7 Standar Operasional Prosedur	133
8.7.1 Ritual Tidur.....	133
8.7.2 Relaksasi Otot Progresif.....	134

Bab 9 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Keseimbangan Suhu Tubuh Sesuai SPO

9.1 Pengertian Suhu Tubuh.....	137
9.2 Mekanisme Perubahan Suhu	138
9.3 Masalah Keperawatan terhadap Keseimbangan Suhu Tubuh	138
9.4 Prosedur Keperawatan Keseimbangan Suhu Tubuh	139
9.4.1 Prosedur Pemeriksaan Suhu	139
9.4.2 Prosedur Kompres Dingin	144
9.4.3 Prosedur Kompres Hangat.....	147

Bab 10 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Menjelang dan Akhir Kehidupan sesuai SPO

10.1 Pengertian Kebutuhan Menjelang dan Akhir Kehidupan	153
10.2 Kematian	154
10.3 Dying Process	156
10.4 Peaceful End Of Life Theory	157
10.5 Konsep Peaceful End Of Life	157
10.6 Tanda-Tanda Kematian Lanjut Usia dan Akhir Kehidupan	158
10.6.1 Kehilangan Nada Otot.....	158
10.6.2 Perlambatan sirkulasi	158
10.6.3 Perubahan Respirasi	159
10.6.4 Gangguan Sensori.....	159

Daftar Pustaka	163
Biodata Penulis	171

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Hierarki Abraham Maslow	5
Gambar 2.1: Jenis-jenis alat pemberian oksigen dengan aliran rendah	26
Gambar 2.2: Jenis-jenis alat pemberian oksigen dengan aliran tinggi	26
Gambar 2.3: Pemberian Oksigen dengan Nasal Cannula.....	27
Gambar 2.4: Pemberian Oksigen Masker	27
Gambar 4.1: Anatomi Sistem Pencernaan	49
Gambar 5.1: a. Pispot stainless, b. Pispot plastik	62
Gambar 5.2: Membersihkan meatus urinari pria.....	72
Gambar 5.3: Membersihkan perineum wanita	75
Gambar 5.4: a. Memasukkan kateter, b. Memompa balon kateter retensi ..	76
Gambar 5.5: Penggunaan kateter kondom.....	78
Gambar 6.1: Ambulasi pasien ke brankar dengan dua perawat	84
Gambar 6.2: Fleksi leher	88
Gambar 6.3: Gerakan abduksi ekstremitas atas.....	89
Gambar 9.1: Temperatur Oral.....	140
Gambar 9.2: Temperatur di aksila	141
Gambar 9.3: Temperatur di Rektal.....	143

Daftar Tabel

Tabel 2.1: S P O Pemasangan Oksigen Nasal Cannula/Masker	30
Tabel 2.2: Standar Operasional Prosedur Tindakan Batuk Efektif	34
Tabel 4.1: Klasifikasi IMT (WHO).....	51
Tabel 4.2: Klasifikasi IMT	51
Tabel 4.3: SOP Pengukuran Berat Badan	51
Tabel 4.4: SOP Pengukuran Tinggi Badan.....	52
Tabel 4.5: SOP Pengukuran Lingkar Lengan Atas	53
Tabel 4.6: SOP Pengukuran Lingkar Paha	54
Tabel 4.7: SOP Pengukuran Lingkar Abdomen.....	55
Tabel 4.8: SOP Memberikan Makan Per Oral	56
Tabel 5.1: Standar Prosedur Operasional Membantu Pasien menggunakan Pispot	60
Tabel 5.2: Standar Prosedur Operasional Pemberian Huknah Rendah	62
Tabel 5.3: Standar Prosedur Operasional Pemberian Huknah Tinggi	64
Tabel 5.4: Standar Prosedur Operasional Evakuasi feses secara manual	66
Tabel 5.5: Standar Prosedur Operasional Membantu pasien menggunakan Urinal untuk berkemih	68
Tabel 5.6: Standar Prosedur Operasional Pemasangan Kateter Urine pada Pasien Laki-laki	70
Tabel 5.7: Standar Prosedur Operasional Pemasangan Kateter Urine pada Pasien perempuan	72
Tabel 5.8: Standar Prosedur Operasional Pemasangan Kondom Kateter	76

Bab 1

Teori Kebutuhan Dasar Manusia

1.1 Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang diperlukan manusia dalam menjaga keseimbangan fisiologis maupun psikologis guna untuk mempertahankan kebutuhan. Untuk dapat mengetahui kebutuhan dasar manusia ada beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh setiap perawat terkait dengan karakteristik kebutuhan dasar manusia Mubarak, Indrawati, & Susanto (2015).

1. Setiap orang mempunyai kebutuhan dasar yang sama, walaupun masing-masing memiliki latar belakang yang berbeda.
2. Setiap orang memenuhi kebutuhan dasarnya berdasarkan prioritas
3. Beberapa kebutuhan dasar dapat ditunda.
4. Kegagalan dalam memenuhi kebutuhan dasar menimbulkan ketidakseimbangan dan menyebabkan sakit
5. Keinginan untuk memenuhi kebutuhan dasar dipengaruhi oleh stimulus internal maupun stimulus eksternal.

6. Kebutuhan dasar manusia saling berhubungan dan saling memengaruhi
7. Seseorang merasa perlu memenuhi kebutuhannya, ia akan berusaha memenuhinya dengan segera.

1.2 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Abraham Maslow

Tyas, Suparji, & Santosa (2011) Teori Maslow mengenai kebutuhan dasar manusia dapat memberikan dasar untuk pemberian perawatan pada pasien dari semua umur dan dalam berbagai lingkungan pelayanan kesehatan. Teori Maslow ini yang paling terkenal. Ada 5 kebutuhan dasar yang secara bertahap ke tingkat yang lebih tinggi. Jika digambarkan akan berbentuk seperti piramida. Abraham Maslow menyebutkan bahwa kebutuhan dasar pada dasarnya bertingkat. Kebutuhan dasar satu tingkat dibawahnya harus terpenuhi sebelum beralih ke tingkat yang lebih tinggi. Hal ini sesuai hirarki kebutuhan manusia yang dirumuskan. Secara umum dapat dijelaskan bahwa kebutuhan dasar adalah sesuatu yang diperlukan manusia untuk mempertahankan homeostasis fisiologis & psikologis.

Hirarki Kebutuhan Dasar manusia menurut Abraham Maslow mengatur kebutuhan dasar dalam 5 tingkatan, yaitu:

1. Kebutuhan fisiologis (physiologic needs) adalah kebutuhan paling dasar, meliputi: oksigen, cairan, nutrisi, temperatur, eliminasi, tempat tinggal, istirahat, seks. Kebutuhan ini dinamakan kebutuhan dasar yang jika tidak terpenuhi dalam keadaan yang ekstrim seperti kelaparan. Manusia yang bersangkutan kehilangan kendali atas perilakunya sendiri karena seluruh kapasitas manusia tersebut dikerahkan dan dipusatkan hanya untuk memenuhi kebutuhan dasarnya itu. Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow yang harus dipenuhi untuk mempertahankan hidup, terdiri atas delapan (8) kebutuhan, Mubarak, Indrawati, & Susanto (2015).

- a. Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas
Manusia butuh menghirup udara yang bersih dan segar mempertahankan kesehatan sistem pernapasannya. Apabila ada masalah dalam pertukaran gas dalam tubuhnya maka akan menimbulkan masalah seperti sesak.
- b. Kebutuhan cairan dan elektrolit
Air yang jernih dan tidak berbau merupakan minuman utama yang bisa menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh apabila dikonsumsi dengan cukup.
- c. Kebutuhan akan makanan yang sehat, seimbang dan bervariasi
Sumber energi yang kita konsumsi berasal dari makanan yang kita konsumsi untuk menyokong kekuatan yang kita perlukan dalam menjalani aktivitas sehari-hari.
- d. Kebutuhan eliminasi
Proses pembuangan sisa metabolisme dari tubuh seperti buang air kecil dan buang air besar. Kebutuhan ini sangat penting untuk mendukung kesehatan tubuh
- e. Kebutuhan istirahat dan tidur
Manusia membutuhkan \pm 8 jam tidur di malam hari, dan istirahat 30 menit-1 jam di siang hari untuk kesehatan fisik, mental dan spiritual.
- f. Kebutuhan kesehatan temperatur tubuh
Keseimbangan suhu tubuh sangat penting dalam mempertahankan hidup dan lingkungan sangat berhubungan terhadap kebutuhan ini.
- g. Kebutuhan seksual
Kebutuhan ini hanya berlaku kepada laki-laki dan perempuan yang sudah menikah dengan sah di hadapan Tuhan Yang Maha Esa, pemimpin agama, dan disaksikan oleh orangtua/keluarga dan orang banyak. Apabila kebutuhan seks terpenuhi dengan baik maka pasangan akan lebih bahagia, stres berkurang, menyehatkan jantung, tidur lebih nyenyak.

2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman
 - a. Keselamatan fisik keadaan mengurangi atau mengeluarkan ancaman pada tubuh atau kehidupan seperti: penyakit, kecelakaan, bahaya, pemajanan terhadap lingkungan.
 - b. Keselamatan psikologis: ancaman terhadap pengalaman baru atau yang tidak dikenal seperti mahasiswa yang berada di lingkungan baru merasa terancam dalam beradaptasi dengan pelajaran/sosialisasi dan lain-lain.
3. Kebutuhan cinta dan rasa memiliki
 - a. Biasanya meningkat setelah terpenuhi kebutuhan fisiologis dan keselamatan terpenuhi
 - b. Bila individu merasa aman dan selamat mereka mempunyai waktu
 - c. Energi untuk mencari cinta dan rasa memiliki
 - d. Memberikan dan menerima cinta dan kasih sayang
 - e. Membutuhkan teman hidup dan bergaul
 - f. Membutuhkan hubungan interpersonal dan kasih sayang
 - g. Membutuhkan peran yang memuaskan
 - h. Membutuhkan perlakuan yang halus
 - i. Membutuhkan kebersamaan
 - j. Membutuhkan pergaulan yang intim
4. Kebutuhan penghargaan dan harga diri
Kebutuhan harga diri berhubungan dengan keinginan terhadap kekuatan, pencapaian, rasa cukup, kompetensi, rasa percaya diri, kemerdekaan, menghargai diri sendiri, menghargai orang lain, dihargai oleh orang lain, kebebasan yang mandiri, prestise, dikenal dan diakui, penghargaan. Manusia juga membutuhkan penghargaan dan apresiasi dari orang lain, bila terpenuhi seseorang merasa percaya diri dan berguna dan bila tidak terpenuhi, seseorang merasa tidak berdaya dan rendah diri.
5. Kebutuhan aktualisasi diri
Merupakan tingkat kebutuhan yang paling tinggi dalam hirarki kebutuhan dasar manusia menurut Maslow. Pada saat manusia sudah

memenuhi seluruh kebutuhan pada semua tingkatan yang lebih rendah, melalui aktualisasi diri dikatakan bahwa mereka mencapai potensi yg paling maksimal sehingga seseorang yang sudah teraktualisasi diri akan memiliki kepribadian multidimensi yang matang, sering mampu mengasumsi dan menyelesaikan tugas dengan banyak, mencapai pemenuhan kepuasan dari pekerjaan yg dikerjakan dengan baik, tidak bergantung secara penuh pada opini orang lain mengenai, walau mungkin mengalami keraguan dan kegagalan dan namun secara umum menghadapi secara realistis. Kebutuhan aktualisasi diri meliputi kebutuhan pengenalan diri sendiri, penerimaan diri sendiri, kenyataan diri sendiri, hubungan interpersonal yang mendalam, penghargaan diri sendiri, pemenuhan diri sendiri, persepsi yang sehat dan realistis.



Gambar 1.1: Hierarki Abraham Maslow (Habibi, 2017)

1.3 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Calista Roy

Tyas, Suparji, & Santosa (2011) Menurut Roy, manusia dapat meningkatkan kesehatannya dengan mempertahankan perilaku yang ada adaptif dan mengubah perilaku maladaptif. Sebagai makhluk biopsikososial, manusia selalu berinteraksi dengan lingkungannya. Bila adaptasi tidak berjalan sesuai dengan

sistem maka akan terjadi penolakan terhadap lingkungan yang ada sehingga seseorang akan mengalami stres dan sebagai seorang perawat dalam model adaptasi ini harus mampu berperan sebagai *support system*.

1. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan mendasar yang perlu bagi manusia untuk mengatur keseimbangan biologis, antara lain: oksigen, air, makan, eliminasi, istirahat tidur terhindar dari rasa nyeri dan regulasi suhu.

2. Stimulasi

Kebutuhan untuk merangsang membangkitkan semangat orang untuk berinteraksi. antara lain: Perasaan emosi kognisi afeksi kebutuhan eksplorasi kegiatan seksual.

3. Perlindungan

Kebutuhan untuk terhindar dari ancaman integritas, benturan fisik, berupa: rasa aman psikologis, hubungan interpersonal.

4. Rasa aman psikologis, antara lain sikap ancaman khayalan, cemas yang hebat, konsistensi pergaulan hubungan dengan orang lain kesadaran, kekurangan kelebihan diri dan orang lain, rasa kekeluargaan, kontrol diri, komunikasi saling mengerti. Mencintai menyayangi:

- a. Mencintai orangtua, teman, keluarga, dan menjadikan Tuhan yang pertama dan yang terutama.
- b. Karakteristik cinta menurut Ashley Montagu: cinta tidak punya suatu perasaan objektif, cinta itu punya syarat dan tanpa syarat, cinta itu supportif, mencintai berarti punya sahabat dihargai, kehadiran dan keberadaannya.

5. Penghargaan diri

Berupa menghormati diri, restu diri, percaya diri, dan memiliki integritas konsep diri. Dipengaruhi oleh perasaan mereka dari ketergantungan dan kecukupan diri sendiri. Keterbatasan dalam pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari bisa menurunkan penghargaan diri sendiri.

6. Aktualisasi diri berupa rasa kebahagiaan atas harga diri, kesuksesan, perasaan menyenangkan.

7. Spiritual

Meliputi sistem kepercayaan religius, keyakinan atas kemampuannya terbatas, terdapat kekuasaan kekuatan yang lebih besar mengayomi dan menggerakkan orang secara irrasional.

Dalam proses penyesuaian diri, individu harus meningkatkan energinya agar mampu mencapai tujuan berupa kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi, serta keunggulan. Dengan demikian, individu memiliki tujuan untuk meningkatkan respon adaptif. Oleh karenanya, Roy secara ringkas berpendapat bahwa individu, sebagai makhluk bio-psikososio-spiritual yang merupakan satu kesatuan yang utuh, memiliki mekanisme koping untuk beradaptasi dengan perubahan lingkungan yang terjadi melalui interaksi yang dilakukan terhadap perubahan lingkungan tersebut.

Model sistem Roy mengidentifikasi hubungan biologis, psikologis, dan sistem sosial antara individu satu dengan yang lain diperlukan sebuah adaptasi, sebab dalam proses kehidupan diperlukan satu keseimbangan antara komponen tersebut. Bila adaptasi tidak berjalan sesuai dengan sistem maka akan terjadi penolakan terhadap lingkungan yang ada sehingga seseorang akan mengalami stres dan sebagai seorang perawat dalam model adaptasi ini harus mampu berperan sebagai support system.

1.4 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Dorothea Orem

Mubarak, Indrawati, & Susanto (2015) Model konsep menurut Dorothea Orem yang dikenal dengan model self care memberikan pengertian jelas bahwa bentuk pelayanan keperawatan dipandang dari suatu pelaksanaan kegiatan dapat dilakukan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar dengan tujuan mempertahankan kehidupan kesehatan, kesejahteraan sesuai dengan keadaan sehat dan sakit yang ditekankan pada kebutuhan pasien tentang perawatan diri sendiri. Orem kelompok kebutuhan dasar yang terdiri atas pemeliharaan pengambilan air, makanan, proses eliminasi, pemeliharaan keseimbangan, aktivitas, dan istirahat.

Model ini dipertimbangkan oleh Orem dengan menggunakan self care dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, model Orem ini terkenal dengan nama self care model. Dalam pendekatan pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia, Orem membagi tiga tingkatan di antaranya wholly compensatory (pengganti penuh), partially compensatory (pengganti sebagian), dan suportif edukatif (pendidikan dan dukungan).

1.5 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Florence Nightingale

Mubarak, Indrawati, & Susanto (2015) Florence Nightingale merupakan salah satu pendiri yang meletakkan dasar dasar teori keperawatan yang melalui filosofi keperawatan yaitu dengan mengidentifikasi peran perawat dalam menemukan kebutuhan dasar manusia pada pasien serta pentingnya pengaruh lingkungan di dalam perawatan orang sakit yang dikenal dengan teori lingkungannya.

Model konsep Florence Nightingale memposisikan lingkungan adalah sebagai fokus asuhan keperawatan dan perawat tidak perlu memenuhi seluruh proses penyakit model konsep ini dalam upaya memisahkan antara profesi keperawatan dan kedokteran. Orientasi pemberian asuhan keperawatan/tindakan keperawatan lebih diorientasikan pada yang adekuat, dengan dimulai dari pengumpulan data dibandingkan dengan tindakan pengobatan semata, upaya teori tersebut dalam rangka perawat maupun menjalankan praktik keperawatan mandiri tanpa bergantung dengan profesi lain. Model konsep ini memberikan inspirasi dalam perkembangan praktik keperawatan, sehingga akhirnya dikembangkan secara luas, paradigma perawat dalam tindakan keperawatan hanya memberikan kebersihan lingkungan adalah kurang benar, akan tetapi lingkungan dapat memengaruhi proses perawatan pada pasien, sehingga perlu diperhatikan. Nightingale membuat suatu teori yang dikenal sebagai teori keperawatan modern (modern nursing). Titik berat teori ini adalah pada aspek lingkungan. Nightingale meyakini bahwa kondisi lingkungan yang sehat penting tidak untuk penanganan perawatan yang layak.

Komponen lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan sebagai berikut:

1. Udara segar
2. Air bersih
3. Saluran pembuangan yang efisien
4. Kebersihan
5. Cahaya

Aspek lingkungan yang diutamakan Nightingale dalam merawat pasien adalah ventilasi yang cukup bagi pasien. Ia berkeyakinan bahwa ketersediaan udara segar secara terus menerus merupakan prinsip utama dalam perawatan. Oleh sebab itu, setiap perawat harus menjaga udara yang harus dihirup pasien tetap bersih, sebersih udara luar tanpa harus membuatnya kedinginan. Komponen lain yang tidak kalah penting dalam perawatan pasien adalah cahaya matahari. Nightingale yakin sinar matahari dapat memberi manfaat yang besar bagi kesehatan pasien. Oleh karenanya, perawat juga perlu membawa pasien berjalan jalan keluar untuk merasakan sinar matahari selama tidak dapat kontraindikasi. Fokus perawatan pasien menurut Nightingale adalah pada kebersihan. Ia berpendapat, kondisi kesehatan pasien sangat dipengaruhi oleh tingkat kebersihan, baik kebersihan pasien, perawat maupun lingkungan. Selain kelima komponen lingkungan diatas, seorang perawat juga harus memperhatikan kehangatan, ketenangan, dan makanan pasien. Florence Nightingale mendefinisikan kesehatan sebagai kondisi sejahtera dan maupun memanfaatkan setiap daya yang dimiliki hingga batas maksimal, sedangkan penyakit merupakan proses perbaikan yang dilakukan tubuh untuk membebaskan diri dari gangguan yang dialami sehingga individu dapat kembali sehat. Prinsip perawatan adalah menjaga agar proses reparatif ini tidak terganggu dan tidak menyediakan kondisi yang optimal untuk proses tersebut. Untuk mencapai kondisi kesehatan, perawat harus menggunakan nalarnya, disertai ketekunan dan observasi. Dengan demikian, kesehatan dapat dipelihara melalui upaya pencegahan penyakit melalui upaya pencegahan penyakit melalui faktor kesehatan lingkungan. Ia menyebut hal ini sebagai health nursing dan membedakannya dengan proper nursing yang berarti merawat pasien yang sakit hingga ia dapat bertahan atau setidaknya menjadi lebih baik hingga saat kematiannya. Menurut Nightingale, lingkungan adalah tataan eksternal yang memengaruhi sakit dan sehatnya seseorang, termasuk disini makanan pasien dan interaksi perawat dengan pasien. Jika seseorang ingin

sehat, perawat, alam, dan orang yang bersangkutan bekerja sama agar proses reparatif dapat berjalan.

Pengaruh teori Nightingale terhadap keperawatan. Teori Nightingale adalah keperawatan modern (modern nursing), merupakan langkah awal dalam formalisasi dan pengembangan ilmu keperawatan selanjutnya. Ia telah meletakkan suatu pijakan bagi pengembangan teori keperawatan sesudahnya. Didasari atau tidak, Nightingale telah memberi pedoman umum bagi perawat dalam merawat pasien. Prinsip-prinsip dasar perbaikan lingkungan dan penanganan psikologis terhadap pasien dapat diterapkan dengan modifikasi dalam banyak tataan perawatan kontemporer. Ide-ide Nightingale telah mendorong pemikiran produktif bagi perawat dan profesi keperawatan.

Inti konsep Nightingale, pasien dipandang dalam konteks lingkungan secara keseluruhan, terdiri atas lingkungan fisik, lingkungan psikologi, dan lingkungan sosial.

1. Lingkungan fisik (physical environment)

Merupakan lingkungan dasar/alami yang berhubungan dengan fasilitas dan udara. Faktor tersebut mempunyai efek terhadap lingkungan fisik yang bersih yang selalu memengaruhi pasien di manapun dia berada, di dalam ruangan harus bebas dari debu, asap, dan bau-bauan.

2. Lingkungan psikologi (psychology environment)

Florence Nightingale melihat bahwa kondisi lingkungan yang negatif dapat menyebabkan stress fisik dan berpengaruh buruk terhadap emosi pasien. Oleh karena itu, ditekankan kepada pasien menjaga rangsangan fisiknya. Mendapatkan sinar matahari, makanan yang cukup, dan aktivitas manual dapat merangsang semua faktor untuk dapat mempertahankan emosinya.

3. Lingkungan sosial (social environment)

Observasi dari lingkungan sosial terutama hubungan spesifik, kumpulan data-data yang spesifik dihubungkan dengan keadaan penyakit, sangat penting untuk pencegahan penyakit. Dengan demikian setiap perawat harus menggunakan kemampuan observasi dalam hubungan dengan kasus-kasus secara spesifik lebih sekedar data-data yang ditunjukkan pasien pada umumnya.

Hubungan teori Florence Nightingale dengan beberapa konsep keperawatan sebagai berikut:

1. Individu/manusia. Memiliki kemampuan yang besar untuk memperbaiki kondisinya dalam menghadapi penyakit.
2. Keperawatan. Bertujuan membawa/mengantar individu pada kondisi terbaik untuk dapat melakukan kegiatan melalui upaya dasar untuk memengaruhi lingkungan.
3. Sehat/sakit. Fokus perbaikan untuk sehat.
4. Masyarakat/lingkungan. Melibatkan kondisi eksternal yang memengaruhi kehidupan dan perkembangan individu, fokus pada ventilasi, suhu, bau, suara, dan cahaya.

1.6 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut King

Mubarak, Indrawati, & Susanto (2015) Manusia merupakan individu reaktif yang dapat bereaksi terhadap situasi, orang, dan objek tertentu. Sebagai makhluk yang berorientasi pada waktu, manusia tidak terlepas dari kejadian masa lalu dan masa sekarang yang akan berpengaruh terhadap masa depannya. sebagai makhluk sosial, manusia hidup bersama orang lain dan berinteraksi satu sama lain. King memahami model konsep dan teori keperawatan dengan menggunakan pendekatan sistem terbuka dalam hubungan interaksi yang konstan dengan lingkungan ,sehingga King mengemukakan dalam model konsep interaksi.

Dalam mencapai hubungan interaksi, King mengemukakan konsep kerjanya yang meliputi adanya sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial yang saling berhubungan satu dengan yang lain.

1. Sistem personal
Menurut King setiap individu adalah sistem personal (sistem terbuka). Untuk sistem personal konsep yang relevan adalah persepsi, diri, pertumbuhan dan perkembangan, citra tumbuh, serta waktu.
2. Sistem interpersonal

King mengemukakan sistem interpersonal terbentuk oleh interaksi antara manusia. Interaksi antara dua orang tersebut dyad, tiga orang disebut triad, dan empat orang disebut group. Konsep yang relevan dengan sistem interpersonal adalah interaksi, komunikasi, transaksi, peran, dan stres.

3. Sistem sosial

King mendefinisikan sistem sosial sebagai sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku, dan praktik yang dikembangkan memelihara nilai-nilai dan mekanisme pengaturan antara praktik-praktik dan aturan. Konsep yang relevan dengan sistem sosial adalah organisasi, otoritas, kekuasaan, status, dan pengambilan keputusan.

Berdasarkan hal tersebut, kebutuhan dasar manusia dibagi menjadi tiga, yaitu sebagai berikut.

1. Kebutuhan akan informasi kesehatan dan dapat dipergunakan pada saat dibutuhkan.
2. Kebutuhan akan pencegahan penyakit.
3. Kebutuhan akan perawatan ketika sakit yang dibutuhkan ketika individu tidak mampu untuk membantu dirinya sendiri.

1.7 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Faye Abdallah

Mubarak, Indrawati, & Susanto (2015) Model konsep Faye Abdallah difokuskan dalam pemberian asuhan keperawatan bagi manusia pada intinya adalah memberikan kebutuhan secara fisik, emosi, intelektual, sosial, spiritual bagi para pasien maupun keluarga. Dengan demikian, perawat perlu pendekatan dengan hubungan interpersonal, psikologi, pertumbuhan dan perkembangan manusia, komunikasi, serta sosiologi. Perawat dapat secara umum merumuskan kebutuhan manusia dalam empat kategori di antaranya kenyamanan, kebersihan, keamanan, dan keseimbangan fisiologi.

Dari empat kebutuhan tersebut dikembangkan menjadi 21 kebutuhan atau masalah keperawatan di antaranya, sebagai berikut:

1. Mempertahankan kebersihan dan kenyamanan fisik.
2. Mempertahankan aktivitas, latihan fisik, dan tidur yang optimal.
3. Mencegah kecelakaan, cedera, atau trauma lain serta adanya infeksi.
4. Mempertahankan mekanika tubuh.
5. Memfasilitasi masukan oksigen ke seluruh sel tubuh.
6. Mempertahankan nutrisi.
7. Mempertahankan eliminasi.
8. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.
9. Mengenali respons fisiologis tubuh terhadap kondisi penyakit baik patologis maupun fisiologis.
10. Mempertahankan mekanisme dan fungsi regulasi.
11. Mempertahankan fungsi sensorik.
12. Mengidentifikasi dan menerima ekspresi, perasaan, reaksi positif dan negatif.
13. Mengidentifikasi dan menerima adanya hubungan timbal balik antara emosi dan penyakit organik.
14. Mempertahankan komunikasi verbal dan nonverbal.
15. Memfasilitasi perkembangan hubungan interpersonal.
16. Memfasilitasi pencapaian tujuan spiritual yang progresif.
17. Menghasilkan/mempertahankan lingkungan yang terapeutik.
18. Memfasilitasi kesadaran diri sebagai individu yang memiliki kebutuhan fisik, emosi, perkembangan yang berbeda.
19. Menerima tujuan optimal yang dapat dicapai sehubungan dengan keterbatasan fisik dan emosi.
20. Menggunakan sumber di komunitas sebagai sumber bantuan dalam mengatasi masalah yang muncul dari penyakit.
21. Memahami peran dan masalah sosial sebagai faktor yang memengaruhi dalam munculnya penyakit.

1.8 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Jhonson

Jhonson mengungkapkan pandangannya dengan menggunakan pendekatan sistem perilaku. Mubarak, Indrawati, & Susanto (2015) dalam pendekatan ini, individu dipandang sebagai sistem perilaku yang selalu ingin mencapai keseimbangan dan stabilitas, baik dalam lingkungan internal maupun eksternal. Individu juga memiliki keinginan untuk mengatur dan menyesuaikan dirinya terhadap pengaruh yang timbul.

Menurut Jhonson ada empat tujuan asuhan keperawatan kepada individu, yaitu agar:

1. Tingkah lakunya sesuai dengan tuntutan dan harapan masyarakat
2. Mampu beradaptasi terhadap perubahan fungsi tubuhnya
3. Bermanfaat bagi dirinya dan orang lain atau produktif
4. Serta mampu mengatasi masalah kesehatan yang lainnya.

Model konsep dan teori keperawatan menurut Jhonson adalah dengan pendekatan sistem perilaku, yakni individu dipandang sebagai sistem perilaku yang selalu ingin mencapai keseimbangan dan stabilitas, baik di lingkungan internal maupun eksternal, juga memiliki keinginan dalam mengatur dan menyesuaikan diri terhadap pengaruh yang ditimbulkannya. Sebagai suatu sistem, di dalamnya terdapat komponen subsistem yang membentuk sistem tersebut, di antaranya komponen subsistem yang membentuk sistem perilaku menurut Jhonson adalah sebagai berikut.

1. Ingestif, yaitu sumber dalam memelihara integritas serta mencapai kesenangan dalam pencapaian pengakuan dari lingkungan.
2. Achievement, merupakan tingkat pencapaian prestasi melalui keterampilan yang kreatif.
3. Agresif, merupakan bentuk mekanisme pertahanan diri atau perlindungan diri dari berbagai ancaman yang ada di lingkungan.
4. Eliminasi, merupakan mengeluarkan sisa metabolisme dari tubuh.
5. Seksual, digunakan dalam pemenuhan kebutuhan saling mencintai dan dicintai dalam pernikahan yang sah.

6. Gabungan/tambahan, merupakan bentuk pemenuhan kebutuhan tambahan dalam mempertahankan lingkungan yang kondusif dengan penyesuaian dalam kehidupan sosial, keamanan, dan kelangsungan hidup.
7. Ketergantungan merupakan bagian yang membentuk sistem perilaku dalam mendapatkan bantuan, kedamaian, keamanan, serta kepercayaan.

Berdasarkan subsistem tersebut di atas, maka akan terbentuk sebuah sistem perilaku individu, sehingga Jhonson memiliki pandangan bahwa keperawatan dalam mengatasi permasalahan tersebut harus dapat berfungsi sebagai pengatur agar dapat menyeimbangkan sistem perilaku tersebut. Status kesehatan yang ingin dicapai yaitu mampu berperilaku untuk memelihara keseimbangan atau stabilitas dengan lingkungan.

1.9 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Model E. Peplau

Teori Hildegard E. Peplau (1952) dalam Mubarak, Indrawati, & Susanto (2015) berfokus pada individu, perawat, dan proses interaktif yang menghasilkan hubungan antara perawat dan pasien. Berdasarkan teori ini pasien adalah individu dengan kebutuhan perasaan, dan keperawatan adalah proses interpersonal dan terapeutik. Artinya suatu hasil proses kerja sama manusia dengan manusia lainnya supaya menjadi sehat atau tetap sehat (hubungan antarmanusia).

Hubungan interpersonal meliputi, sebagai berikut.

1. Fase orientasi

Lebih difokuskan untuk membantu pasien menyadari ketersediaan bantuan dan rasa percaya terhadap kemampuan perawat untuk berperan serta secara efektif dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Tahap ini ditandai yaitu perawat melakukan kontrak awal untuk membangun kepercayaan dan terjadi pengumpulan data.

2. Fase identifikasi

Terjadi ketika perawat memfasilitasi ekspresi perilaku pasien dan memberikan asuhan keperawatan yang tanpa penolakan diri perawat memungkinkan pengalaman menderita sakit sebagai suatu kesempatan untuk mengorientasi kembali perasaan dan menguatkan bagian yang positif dan kepribadian pasien.

3. Fase resolusi

Secara bertahap pasien melepaskan diri dari perawat. Resolusi ini memungkinkan penguatan kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dan menyalurkan energi kearah realisasi potensi.

Tujuan keperawatan Peplau adalah untuk mendidik pasien dan keluarga dan untuk membantu pasien mencapai kematangan perkembangan kepribadian. Oleh sebab itu, perawat berupaya mengembangkan hubungan perawat dan pasien melalui peran yang diembannya (narasumber, konselor, dan wali).

1.10 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Virginia Henderson

Manusia mengalami perkembangan yang dimulai dari proses tumbuh-kembang dalam rentang kehidupan (life span). Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu memulainya dengan bergantung pada orang lain dan belajar untuk mandiri melalui sebuah proses yang disebut pendewasaan. Proses tersebut dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan sekitar, dan status kesehatan individu.

Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu:

1. Terhambat dalam melakukan aktivitas,
2. Belum mampu melakukan aktivitas, dan
3. Tidak dapat melakukan aktivitas.

Virginia Henderson dalam Potter dan Perry (1997) dalam Mubarak, Indrawati, & Susanto (2015) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam 14 komponen sebagai berikut:

1. Bernapas secara normal.
2. Makan dan minum yang cukup.
3. Eliminasi (buang air besar dan kecil).
4. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
5. Tidur dan istirahat.
6. Memilih pakaian yang tepat.
7. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan dan memodifikasi lingkungan.
8. Menjaga kebersihan diri dan penampilan.
9. Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain.
10. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini.
11. Beribadah sesuai dengan agama kepercayaan.
12. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup.
13. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi.
14. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

1.11 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Model Neuman

Model Neuman merupakan suatu pendekatan sistem yang terbuka dan dinamis terhadap pasien yang dikembangkan untuk memberikan satu kesatuan fokus defenisi masalah keperawatan dan pemahaman terbaik dari interaksi pasien

dengan lingkungannya. Elemen-elemen yang ada dalam sistem terbuka mengalami pertukaran energi informasi dalam organisasi kompleksnya. Stres dan reaksi terhadap stres merupakan komponen dasar dari sistem terbuka. Pasien sebagai sistem bisa individu, keluarga, kelompok, komunitas atau social issue Tomey dan Alligood (1998) dalam Mubarak, Indrawati, & Susanto (2015).

Konsep utama yang terdapat pada model Neuman, meliputi stresor, garis pertahanan dan perlawanan, tingkatan pencegahan, lima variabel sistem pasien, struktur dasar, intervensi, dan rekonstitusi. Tingkatan pencegahan ini membantu memelihara keseimbangan yang terdiri atas pencegahan primer, sekunder, dan tersier.

1. Pencegahan primer

Terjadi sebelum sistem bereaksi terhadap stresor, meliputi promosi kesehatan dan mempertahankan kesehatan. Pencegahan primer mengutamakan pada penguatan *flexible lines of defense* dengan cara mencegah stres dan mengurangi faktor-faktor risiko. Intervensi dilakukan jika risiko atau masalah sudah diidentifikasi tapi sebelum reaksi terjadi. Strateginya mencakup imunisasi, pendidikan kesehatan, olahraga, dan perubahan gaya hidup.

2. Pencegahan sekunder

Meliputi berbagai tindakan yang dimulai setelah ada gejala dari stresor. Pencegahan sekunder mengutamakan pada penguatan *internal illness of resistance*, mengurangi reaksi, dan meningkatkan faktor-faktor resisten sehingga melindungi struktur dasar melalui tindakan-tindakan yang tepat sesuai gejala. Tujuannya adalah untuk memperoleh kestabilan sistem secara optimal dan memelihara energi. Jika pencegahan sekunder tidak berhasil dan rekonstitusi tidak terjadi maka struktur dasar tidak dapat mendukung sistem dan intervensi-intervensinya sehingga bisa menyebabkan kematian.

3. Pencegahan tersier

Dilakukan setelah sistem ditangani dengan strategi-strategi pencegahan sekunder. Pencegahan tersier difokuskan pada perbaikan kembali ke arah stabilitas sistem pasien secara optimal. Tujuan utamanya adalah untuk memperkuat resistansi terhadap stresor, untuk

mencegah reaksi timbul kembali atau regresi, sehingga dapat mempertahankan energi. Pencegahan tersier cenderung untuk kembali pada pencegahan primer.

1.12 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Jean Watson

Mubarak, Indrawati, & Susanto (2015) Jean Watson dalam memahami konsep keperawatan terkenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia. tolok ukur pandangan Watson ini didasari pada unsur teori kemanusiaan. Pandangan teori Jean Watson memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan di antaranya sebagai berikut:

1. Kebutuhan dasar biofisikal (kebutuhan untuk hidup) yang meliputi kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan ventilasi.
2. Kebutuhan psikofisikal, yang meliputi kebutuhan aktivitas dan istirahat kebutuhan seksualitas.
3. Kebutuhan psikososial yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, dan berorganisasi.
4. Kebutuhan intra dan interpersonal yaitu akan kebutuhan akan aktualisasi diri.

Berdasarkan empat kebutuhan tersebut, Jean Watson memahami bahwa manusia adalah makhluk yang sempurna yang memiliki bermacam-macam perbedaan, sehingga dalam upaya mencapai kesehatan manusia seharusnya dalam keadaan sejahtera, baik fisik, mental, dan spiritual karena sejahtera merupakan keharmonisan antara pikiran, badan, dan jiwa sehingga untuk mencapai keadaan tersebut keperawatan harus berperan dalam meningkatkan status kesehatan, mencegah terjadinya penyakit, mengobati berbagai penyakit dan penyembuhan kesehatan, serta fokusnya pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

1.13 Faktor-faktor yang Memengaruhi Kebutuhan Dasar Manusia

Beberapa faktor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan manusia. Faktor-faktor tersebut meliputi penyakit, hubungan yang berarti, konsep diri, tahap perkembangan, dan struktur keluarga (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

1. Penyakit

Adanya penyakit dalam tubuh dapat menyebabkan perubahan pemenuhan kebutuhan, baik secara fisiologis maupun psikologis, karena beberapa fungsi organ tubuh memerlukan pemenuhan kebutuhan lebih besar dari biasanya.

2. Hubungan yang berarti

Keluarga merupakan faktor pendukung kepada pasien. Selain itu, keluarga juga dapat membantu pasien menyadari kebutuhannya dan mengembangkan cara yang sehat untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Hubungan keluarga yang baik dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan dasar karena adanya saling percaya, merasakan kesenangan hidup, tidak ada rasa curiga.

3. Konsep diri

Konsep diri memengaruhi kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhannya. Individu dengan konsep diri yang positif memberikan makna dan keutuhan bagi seseorang agar mudah mengenali dan memenuhi kebutuhannya serta mengembangkan cara yang sehat guna memenuhi kebutuhan tersebut. Sementara itu, seseorang dengan konsep diri negatif, misalnya penderita depresi, akan mengalami perubahan kepribadian dan suasana hati yang dapat memengaruhi persepsi dan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan tersebut.

4. Tahap perkembangan

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam hal struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks. Di dalam suatu pola yang teratur dan dapat diprediksi sebagai hasil dari proses pematangan.

5. Struktur keluarga

Struktur keluarga dapat memengaruhi cara pasien memuaskan kebutuhannya contoh, sebagai ibu mungkin akan mendahulukan kebutuhan bayinya dibandingkan kebutuhannya sendiri.

Bab 2

Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Oksigen Sesuai SPO

2.1 Definisi

Standar Prosedur Operasional (SPO) keperawatan merupakan suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin yang dikerjakan oleh perawat, dan dibuat oleh fasilitas pelayanan keperawatan atau kesehatan berdasarkan standar profesi. Prosedur keperawatan dalam memenuhi kebutuhan oksigen tergolong dari jenis dan lingkup SPO Profesi (Keilmuan atau Teknis). Standar prosedur operasional pemenuhan kebutuhan oksigen, termasuk dalam kategori Fisiologis, yakni kategori prosedur keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostasis.

Oksigen adalah komponen gas yang sangat berperan dalam proses metabolisme tubuh untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel tubuh secara normal. Oksigenasi adalah memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh dengan cara melancarkan saluran masuknya oksigen atau memberikan aliran gas oksigen sehingga konsentrasi oksigen meningkat dalam tubuh.

Individu yang sehat dalam mendukung fungsi tubuh normal membutuhkan konsentrasi oksigen 21 % dalam udara bebas. Ada tiga langkah dalam proses oksigenasi, yakni ventilasi, perfusi dan difusi. Ventilasi adalah proses keluar dan masuknya oksigen ke dalam alveoli atau dari alveoli ke atmosfer. Perfusi adalah gerakan darah melewati sirkulasi paru untuk proses oksigenasi, sedangkan difusi adalah pertukaran antara oksigen pada alveoli dengan kapiler paru dan CO₂ di kapiler dengan alveoli. Agar pertukaran gas dapat timbul maka organ, saraf dan otot pernapasan harus utuh dan sistem saraf pusat harus mampu mengatur siklus pernapasan. Tujuan oksigenasi adalah tercukupinya kebutuhan sel dan jaringan dengan cara memberikan oksigen dan ventilasi yang cukup. Alat untuk menilai kebutuhan oksigen sel dan jaringan saturasi oksigen dengan menggunakan alat yang disebut dengan pulse oximetry. Normal saturasi oksigen 95-100%.

Kebutuhan oksigen dapat terpenuhi dengan pengembangan paru, memobilisasi sekresi dan mempertahankan kepatenan jalan napas. Pemberian oksigen guna memenuhi kebutuhan oksigenasi pada kondisi oksigen di dalam jaringan tubuh tidak adekuat, antara lain pada kondisi dyspnea, cyanosis, tachypnea, arrhythmia dan koma. Terapi oksigen dibutuhkan untuk mempertahankan tingkat oksigenasi jaringan. Terapi oksigen adalah tindakan memberikan aliran gas oksigen lebih dari 20% pada tekanan 1 atmosfer guna meningkatkan konsentrasi oksigen di dalam darah.

Sebelum pemberian terapi oksigen harus diteliti terlebih dahulu terkait enam benar pemberian terapi oksigen yakni benar oksigen, benar pasien, benar dosis, benar rute, benar waktu dan benar dokumentasi. Pemberian oksigen merupakan suatu tindakan memberikan oksigen ke dalam paru melalui saluran pernapasan dengan menggunakan alat bantu oksigen yang lazim digunakan dengan kanul nasal, simple mask atau face mask/sungkup, non re breathing mask (N R M) dan re breathing mask (RM). Perawat dapat mengukur keefektifan terapi oksigen dengan memonitor pulse oximetry, juga harus membersihkan atau melakukan penghisapan sekresi orofaring dan nasofaring bagi pasien yang tidak mampu mempertahankan jalan napas.

2.2 Tujuan Pemberian Oksigen

Pada umumnya tujuan pemberian oksigen dengan menggunakan alat bantu oksigen adalah sama, yakni untuk mengatasi keadaan hipoksemia, menurunkan kerja pernapasan dan menurunkan beban kerja otot jantung (miocard)

Pemberian oksigen melalui nasal kanul bertujuan untuk memberikan oksigen dengan konsentrasi relatif rendah saat kebutuhan oksigen minimal, memberikan oksigen yang tidak terputus saat klien makan atau minum. Pemberian oksigen dengan simple mask atau face mask/sungkup bertujuan untuk memberikan tambahan oksigen dengan kadar sedang, konsentrasi dan kelembaban yang lebih tinggi dibandingkan dengan nasal kanul. Pemberian oksigen melalui *non re breathing mask* (N R M) dan *re breathing mask* (RM) bertujuan untuk memberikan kelembaban tinggi, memberikan oksigen bila masker tidak ditoleransi, memberikan oksigen aliran tinggi saat dihubungkan dengan sistem venturi.

Pemberian oksigen tergantung pada:

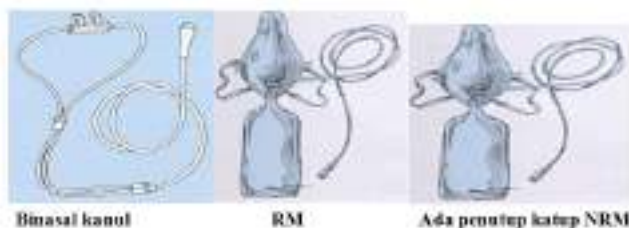
1. Oksigen aliran rendah
 - a. Nasal Cannula (Bi Nasal kanul)

Aliran oksigen 1-5 liter/menit → Oksigen dengan konsentrasi 20 sampai 44 %. Kemungkinan terjadi, yakni iritasi hidung, pengeringan mukosa hidung dan nyeri sinus.
 - b. Fase Mask (Masker Wajah)

Aliran oksigen 5-8 liter/menit → Oksigen dengan konsentrasi 40 sampai 60%. Kemungkinan terjadi, yakni aspirasi bila muntah, penumpukan oksigen, emphysema sub cutan, necrose bila terlalu ketat.
 - c. Re breathing Mask (RM)

Aliran oksigen 8-12 liter/menit → Oksigen dengan konsentrasi 60 sampai 80 %. Kemungkinan terjadi, yakni aspirasi jika muntah, emphysema sub cutan, necrose jika ketat dipasang.
 - d. Sungkup wajah "Non Re breathing Mask" (N R M)

Aliran oksigen 8-12 liter/menit → Oksigen dengan konsentrasi 90% bahkan bisa sampai 100%. Kemungkinan yang terjadi, sama dengan penggunaan Re breathing Mask (RM).



Gambar 2.1: Jenis-jenis alat pemberian oksigen dengan aliran rendah

2. Oksigen aliran tinggi

a. Sungkup Muka Venturi (Venturi Mask)

Aliran oksigen 4-14 liter/menit → Oksigen dengan konsentrasi 30 sampai 55 %. Kemungkinan terjadi, yakni aspirasi jika muntah, emfisema subcutan, nekrose jika ketat dipasangkan.

b. Sungkup Muka Aerosol (Ambu Bag)

Aliran oksigen 10-12 liter/menit → Oksigen dengan konsentrasi 100%



Gambar 2.2: Jenis-jenis alat pemberian oksigen dengan aliran tinggi

2.3 Pemasangan Nasal Cannula/Masker

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan, ada tiga aspek yang harus dipersiapkan perawat, yakni persiapan perawat yang bertanggungjawab mengkaji, persiapan peralatan dan persiapan pasien. Pasien dipersiapkan secara fisik dan mental melalui interaksi terapeutik sehingga menimbulkan

kerja sama dalam memberikan tindakan yang diawali dengan konfirmasi identitas pasien, mendapatkan persetujuan dari pasien atau keluarga. Inisiasi komunikasi dengan memperkenalkan diri serta mengklarifikasi kebutuhan-kebutuhan dan masalah atau gangguan kesehatan pasien yang perlu segera ditangani. Sebaiknya mengidentifikasi bagaimana prosedur tindakan tersebut akan memengaruhi pasien melalui diskusi sehingga pasien memahami keterangan yang disampaikan, dapat memberikan kenyamanan atau ketenangan pasien yang akan diberikan tindakan keperawatan. Sehubungan dengan hal tersebut, perlu mengkaji pengetahuan dan harapan pasien hingga klarifikasi lebih lanjut termasuk menjelaskan tindakan dan potensi ketidaknyamanan pada semua langkah-langkah prosedur tindakan.



Gambar 2.3: Pemberian Oksigen dengan Nasal Cannula

Pemberian oksigen dengan nasal canula biasanya diberikan pada pasien yang mengalami kekurangan oksigen bukan karena kekurangan karbondioksida dengan dosis berkisar 2-3 liter/menit.



Gambar 2.4: Pemberian Oksigen Masker

Biasanya pemberian oksigen menggunakan masker bagi pasien yang mengalami kekurangan oksigen sekaligus kekurangan karbondioksida atau PO_2

dan PCO₂ yang rendah sehingga dosis atau konsentrasi oksigen yang diberikan lebih tinggi dari nasal cannula sekitar 5-10 liter/menit. Langkah-langkah prosedur pemasangan oksigen menggunakan nasal cannula dan masker adalah sama, perbedaannya adalah alat yang digunakan dan dosis yang diberikan.

2.3.1 Persiapan Alat dan Bahan

1. Sumber oksigen/tabung oksigen
2. Selang oksigen → nasal cannula atau masker
3. Humidifier, jika diindikasikan
4. Flow meter oksigen
5. Oximeter jika perlu
6. Tissue
7. Water steril untuk humidifier, jika diindikasikan
8. Sarung tangan
9. Tanda-tanda peringatan, seperti: "Dilarang Merokok" atau "Oksigen dalam Pemakaian".

2.3.2 Langkah-langkah Prosedur

1. Inspeksi pasien terkait tanda-tanda dan gejala yang berhubungan dengan hypoxia dan adanya sekresi pada jalan napas. Hypoxia dapat mengakibatkan aritmia jantung dan kematian. Adanya sekresi pada jalan napas menurunkan efektivitas pengiriman oksigen.
2. Jelaskan apa yang diperlukan dari prosedur dan tujuan pemberian oksigen. Hal ini mengurangi tingkat kecemasan pasien, yang dapat menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan kerja sama dengan pasien atau keluarga.
3. Lakukan pembersihan tangan, agar mengurangi transmisi mikroorganisme
4. Pasangkan nasal cannula dengan selang oksigen dan sambungkan dengan sumber oksigen terhumidifikasi sesuai dengan kecepatan aliran yang sudah diresepkan. Mencegah kekeringan pada membran mukosa nasal dan oral serta sekresi pada saluran pernapasan.

5. Pasangkan ujung cannula ke dalam lubang hidung pasien dan sesuaikan tali elastis atau plastik penggeser (slider) sehingga cannula terpasang secara kencang dan nyaman. Tindakan ini mengarahkan aliran oksigen ke dalam saluran pernapasan bagian atas pada pasien. Pasien lebih mungkin menjaga canula agar tetap pada posisinya jika terasa nyaman.
6. Pertahankan kekenduran yang cukup pada selang oksigen dan amankan pada pakaian pasien. Hal ini agar pasien mudah memalingkan wajah tanpa mencabut canula dan mengurangi penekanan pada ujung lubang hidung pasien.
7. Periksa cannula setiap 8 jam dan jaga tabung humidifikasi tetap terisi water sepanjang waktu. Memastikan kepatenan canula dan aliran oksigen, dan mencegah inhalasi oksigen yang belum dilembabkan.
8. Observasi lubang hidung pasien dan permukaan atas kedua daun telinga terkait adanya kerusakan kulit. Terapi oksigen dapat menyebabkan kekeringan mukosa nasal. Penekanan pada telinga oleh selang cannula atau tali elastis dapat menyebabkan iritasi kulit di bagian telinga.
9. Periksa kecepatan aliran oksigen dan resep yang diberikan setiap 8 jam. Untuk memastikan pemberian kecepatan aliran oksigen sesuai resep dan memastikan patensi canula.
10. Mencuci tangan dengan enam langkah
11. Inspeksi pasien terkait berkurangnya gejala-gejala yang berhubungan dengan hypoxia. Hal ini menunjukkan bahwa hypoxia terkoreksi atau berkurang sehubungan pemberian terapi oksigen.
12. Dokumentasi. Dalam hal ini catat peralatan pemberian oksigen yang digunakan dan jumlah aliran oksigen dalam rekam medis. Catat pendidikan kesehatan yang diberikan pada pasien dan keluarga. Laporkan peralatan oksigen, jumlah aliran yg diberikan dan respons pasien terhadap perubahan terapi untuk perawat yang bertugas selanjutnya.

Tabel 2.1: S P O Pemasangan Oksigen Nasal Cannula/Masker

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	Nilai	
			Ya	Tidak
I	Persiapan alat: Sumber oksigen/tabung oksigen lengkap dengan humidifier dan flow meter, selang oksigen (<i>nasal cannula</i> /masker wajah), arloji, <i>oximetry</i> (jika perlu), <i>water steril</i> , <i>tissue</i> dan sarung tangan serta tanda peringatan.	3		
II	Fase Pre Interaksi	3		
	1. Melakukan verifikasi data.			
	2. Mempersiapkan alat dan bahan yang diperlukan.	3		
III	Fase Orientasi	3		
	1. Mengucapkan salam			
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Mengecek identitas pasien minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekan medis) dan menjelaskan tujuan tindakan dan langkah prosedur	3		
IV	Fase Kerja	5		
	1. Mencuci tangan (dengan enam langkah)			
	2. Menyiapkan sumber oksigen lengkap dengan manometer dan memastikan tabung masih terisi oksigen	5		
	3. Mengisi tabung humidifier dengan water steril sesuai batas water level,	5		
	4. Menyambungkan selang nasal cannula oksigen dengan humidifier	5		
	5. Memastikan ada aliran udara dengan punggung tangan dengan membuka flow meter	5		
	6. Memakai sarung tangan	5		
	7. Mengatur posisi semi fowler/fowler	5		
	8. Membuka baju bagian atas, kemudian kaji: pergerakan dada (simetris atau tidak, adanya retraksi dinding dada), hitung frekuensi pernapasan, kaji bibir dan ujung jari apakah ada sianosis, kaji adakah pernapasan cuping hidung, periksa saturasi oksigen bila perlu)	5		
	9. Membersihkan lubang hidung dari sekret dengan	4		

	menggunakan tissue			
	10. Memberikan oksigen sesuai dengan program terapi dengan cara membuka flow meter oksigen	5		
	11. Memasang cannula pada hidung klien dengan benar	5		
	12. Melakukan fiksasi selang cannula dengan benar yaitu melingkar ke kepala atau ditarik ke bawah dagu (bila menggunakan masker: memasang masker dengan posisi secara tepat dan fiksasi di belakang kepala).	5		
	13. Mencuci tangan dengan enam langkah	5		
V	Fase Terminasi			
	1. Melakukan evaluasi tindakan: rasa nyaman klien, frekuensi pernapasan, retraksi dinding dada, sianosis.	3		
	2. Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
	3. Berpamitan	3		
VI	Penampilan selama Tindakan	3		
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan			
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama melakukan tindakan.	3		
	3. Ketelitian dan keamanan selama melakukan tindakan: pasang tanda:”Dilarang Merokok”	3		
Total		100		

2.4 Melatih Batuk Efektif

Latihan Batuk Efektif adalah melatih kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan faring, trachea dan bronkus dari sekret atau benda asing di jalan napas. Batuk efektif merupakan latihan batuk untuk mengeluarkan sekret. Kondisi pasien yang mengalami masalah pada saluran pernapasan sebagai akibat timbulnya penumpukan sputum atau sekret dan sulit untuk dikeluarkan secara optimal maka diperlukan tindakan untuk mengeluarkan sputum/sekret tersebut. Sebagai akibat dari penumpukan sputum tersebut mengakibatkan sumbatan jalan napas sehingga pasien mengalami kesulitan saat bernapas dan dyspnea. Tindakan batuk efektif digunakan sebagai solusi untuk mengeluarkan sputum atau sekret pada pasien dengan kesadaran compos mentis. Tindakan

batuk efektif ini akan berhasil secara maksimal dengan diikuti pemberian hidrasi pasien dianjurkan minum air hangat.

2.4.1 Persiapan Alat dan Bahan

1. Sumber oksigen, jika perlu
2. Stetoskop
3. Sputum pot
4. Larutan desinfektan (lisol 2-3%)
5. Segelas air putih hangat beserta sedotan jika perlu
6. Pengalas atau under pad
7. Bengkok
8. Tissue
9. Sarung tangan bersih
10. Masker

2.4.2 Langkah-langkah Prosedur

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
2. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur tindakan
3. Mempersiapkan alat dan bahan yang diperlukan:
 - a. Sarung tangan bersih, jika perlu
 - b. Suplai oksigen, jika perlu
 - c. Stetoskop
 - d. Pengalas atau under pad
 - e. Segelas air putih hangat
 - f. Tissue
 - g. Bengkok berisi cairan desinfektan
 - h. Masker
4. Mencuci tangan dengan 6 langkah
5. Mengenakan sarung tangan dan masker
6. Lakukan komunikasi terapeutik: salam perkenalkan diri, periksa identitas pasien, lalu sampaikan tujuan dan prosedur tindakan.
7. Mengidentifikasi kemampuan batuk

8. Mengatur posisi semi fowler dan fowler
9. Lakukan pengkajian, mintalah ijin kepada pasien untuk membuka baju bagian atas dan lakukan auskultasi thorax, secara tepat bagian anterior dan posterior (apakah ditemukan suara napas abnormal; whezing/ronchi/creackles)
10. Berikan minum air hangat
11. Berikan contoh prosedur batuk efektif: letakkan 1 tangan di dada dan 1 tangan diatas perut dan lakukan napas perut.
12. Menganjurkan pasien menarik napas melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup atau selama 4 detik rasakan mengembangnya abdomen, cegah lengkung pada punggung, menahan napas dalam 3 hitungan atau selama 2 detik, lalu hembuskan napas perlahan dalam 3 hitungan dari mulut dengan bibir dibulatkan seperti meniup atau selama 8 detik
13. Lakukan napas dalam 2 kali, dan yang ke 3; tarik napas dalam 3 hitungan, tahan dalam 3 hitungan kemudian batuk dengan keras.
14. Bimbing pasien melakukan batuk efektif seperti contoh
15. Pasang pengalas diatas paha bila pasien duduk atau dekat mulut bila pasien berbaring
16. Tampung lendir dalam sputum pot
17. Bersihkan mulut dengan menggunakan tissue lalu dibuang ke bengkok
18. Lakukan evaluasi tindakan, dengan menanyakan apakah pasien merasa lebih lega dan nyaman, observasi produk sputum; jumlah, warna, konsistensi, bau sputum yang dikeluarkan, auskultasi ulang di daerah dada secara tepat, sampaikan hasil evaluasi kepada pasien.
19. Kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran, jika diperlukan
20. Merapikan pasien dan alat – alat yang digunakan
21. Melepaskan sarung tangan
22. Lalu mencuci tangan dengan 6 langkah
23. Mendokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien

Tabel 2.2: Standar Operasional Prosedur Tindakan Batuk Efektif

No	Aspek yang Dinilai	Bobot	Nilai	
			Ya	Tidak
I	Persiapan alat: Stetoskop, sputum pot berisi larutan desinfektan (lisol 2 – 3%), segelas air putih hangat beserta sedotan jika perlu, pengalas, bengkok, tissue, sarung tangan bersih, masker.	3		
II	Tahap Pre Interaksi 1. Melakukan verifikasi: indikasi batuk efektif	3		
	2. Menyiapkan alat/bahan, lalu didekatkan ke pasien	3		
III	Tahap Orientasi 1. Memberi salam	3		
	2. Memperkenalkan diri sambil mengecek identitas pasien	3		
	3. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan pada pasien dan keluarga	3		
IV	Tahap Kerja 1. Mencuci tangan, memakai sarung tangan dan masker	4		
	2. Mengatur posisi pasien (fowler apabila pasien mampu, jika tidak dibantu) atau berbaring di atas tempat tidur	4		
	3. Mengkaji pasien: buka baju bagian atas, lakukan auskultasi thorax secara tepat pada bagian anterior dan posterior	4		
	4. Memberikan minum air hangat	4		
	5. Memberikan contoh prosedur batuk efektif. Membimbing pasien melakukan batuk efektif	4		
	6. Menganjurkan pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen	4		
	7. Melatih pasien melakukan napas perut (menarik napas melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup)	4		
	8. Meminta pasien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung)	4		
	9. Meminta pasien untuk menahan napas hingga 3 hitungan	4		
	10. Minta pasien menghembuskan napas dengan membuka mulut dalam 3 hitungan	4		

	11. Meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi otot	4		
	12. Memasang pengalas diatas paha jika duduk atau dekat mulut jika pasien tidur miring	4		
	13. Meminta pasien untuk melakukan napas dalam 2 kali, yang ketiga inspirasi, tarik napas dan batuk dengan kuat	4		
	14. Menampung lendir dalam pot sputum	4		
	15. Merapikan pasien dan alat	4		
	16. Mencuci tangan	4		
V	Fase Terminasi	3		
	1. Melakukan evaluasi tindakan: rasa nyaman, produk sputum, auskultasi thorax			
	2. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya	3		
	3. Mengakhiri kegiatan dengan mengucapkan salam	3		
VI	Penampilan selama tindakan	3		
	1. Ketenangan selama melakukan tindakan			
	2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan	3		
	3. Ketelitian dan keamanan dalam melakukan tindakan	3		
Total		100		

Bab 3

Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Cairan dan Elektrolit Sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

3.1 Cairan dan Elektrolit

Tubuh manusia 60% adalah cairan yang terdiri dari larutan ion dan zat lainnya. Total cairan dalam tubuh pada masing-masing individu berbeda, tergantung umur, berat badan, maupun jenis kelamin. Cairan dan elektrolit harus dipertahankan secara optimal karena diperlukan untuk proses pengaturan keseimbangan yang adekuat, karena bila terjadi gangguan di salah satu komponen cairan tersebut, bisa menimbulkan keadaan yang mengancam tubuh. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh dapat terjadi pada keadaan diare, muntah-muntah, sindrom malabsorpsi, ekskresi keringat pada kulit, pengeluaran cairan yang tidak disadari (insensible water loss) secara berlebihan oleh paru-paru, perdarahan, berkurangnya kemampuan pada ginjal dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh. Dalam

keadaan tersebut, klien perlu diberikan terapi cairan agar volume cairan tubuh yang hilang dapat digantikan dengan segera (Secher and Lieshout 2011).

Pemberian terapi cairan bertujuan sebagai perbaikan dan perawatan stabilitas hemodinamik pada klien, namun tetap memerlukan berbagai pertimbangan, karena pemilihannya tergantung pada jenis dan komposisi elektrolit dari cairan yang hilang dari tubuh. Cairan tubuh terdistribusi antara dua kompartemen cairan utama yang dipisahkan oleh membran sel, yaitu cairan intraseluler dan cairan ekstraseluler. Cairan ekstraseluler dibagi menjadi intravaskular atau plasma dan kompartemen interstitial. Selain itu ada pula kompartemen kecil yang juga disebut sebagai cairan transeluler. Bagian tersebut terdiri dari cairan dalam rongga sinovial, peritoneum, perikardium serta cairan serebrospinal. Cairan tersebut termasuk ke dalam jenis khusus cairan ekstraseluler (E. Hall 2011).

Adapun selanjutnya E. Hall (2011) menuliskan bahwa cairan intraseluler adalah cairan mengandung sejumlah besar ion kalium dan fosfat ditambah ion magnesium dan sulfat dalam jumlah sedang, yang mana semua ion ini memiliki konsentrasi yang rendah di cairan ekstraseluler. Sel ini juga mengandung sejumlah besar protein, hampir empat kali jumlah protein dalam plasma. Kemudian cairan ekstraseluler. Komponen cairan ekstraseluler terdiri dari ion natrium, klorida dan bikarbonat yang jumlahnya banyak serta ditambah berbagai zat gizi untuk sel, seperti oksigen, glukosa, asam lemak, dan asam amino. Komponen penting dari cairan ekstraseluler adalah cairan interstitial, yang jumlahnya mencapai tiga perempat dari keseluruhan cairan ekstraseluler, dan seperempat lainnya merupakan plasma.

Pada orang dewasa, air menyusun sekitar 60% dari total berat tubuh pada laki laki dewasa, dan untuk tubuh wanita dewasa mengandung cairan sekitar 50% dari total berat badannya, hal ini disebabkan karena jumlah jaringan adiposa yang relatif lebih banyak pada wanita dibandingkan dengan pria, sedangkan pada bayi, 75% komposisi tubuhnya terdiri dari cairan dibandingkan dengan orang dewasa. Sejalan dengan pertumbuhan seseorang, maka persentase total cairan tubuh terhadap berat badan akan semakin menurun (NICE (National Institute for Health and Care Excellence 2017).

Terapi cairan merupakan pilihan terapi yang tepat bagi klien yang mengalami gangguan keseimbangan cairan. Tujuan terapi cairan untuk mempertahankan sirkulasi atau mengembalikan keseimbangan cairan dan elektrolit yang adekuat pada klien yang tidak mampu mengendalikan keseimbangan cairan

dalam tubuhnya, sehingga mampu menciptakan hasil yang menguntungkan bagi kondisi tubuhnya. Keseimbangan cairan dan elektrolit pada kompartemen intraseluler, ekstraselular, baik pada komponen interstisial maupun intravaskular harus sesuai kontrol fisiologis normal agar fungsi seluler dan organ dapat berlangsung dengan efektif. Terjadinya proses homeostatis tubuh dalam menyesuaikan keseimbangan antara cairan dan elektrolit. Klien yang sakit mungkin mengalami kehilangan cairan akibat demam, muntah atau diare ditambah dengan penurunan asupan oral dikarenakan mual, pemberian cairan intravena merupakan tindakan yang dibutuhkan. Tujuan pemberian cairan intravena adalah memulihkan kondisi patologis yang terjadi dan mengembalikan keadaan keseimbangan cairan dan elektrolit supaya normal kembali.

Cairan intravena dapat dibagi menjadi dua yaitu cairan kristaloid dan koloid. Cairan kristaloid adalah cairan yang terdiri dari elektrolit (contoh kalium, natrium, kalsium, klorida). Karakteristik kristaloid ditandai dengan pengaruhnya terhadap status asam-basa, dan kristaloid digunakan untuk menggantikan kehilangan sodium.

Ada 3 jenis tonisitas kristaloid yaitu isotonis, hipertonis dan hipotonis.

1. Isotonis adalah apabila jumlah elektrolit plasma terisi kristaloid pada jumlah yang sama dan memiliki konsentrasi yang sama maka disebut sebagai isotonis. terjadi perpindahan signifikan antara cairan di dalam sel dengan intravaskular saat pemberian kristaloid isotonis. Hal tersebut menyebabkan hampir tidak adanya osmosis. Dalam pemberian kristaloid isotonis pada jumlah besar perlu diperhatikan adanya efek samping seperti edema perifer dan edema paru yang dapat terjadi. Contoh larutan kristaloid isotonis: Ringer Laktat, Normal Saline (NaCl 0.9%), dan Dextrose 5% dalam $\frac{1}{4}$ NS.
2. Hipertonis adalah kristaloid disebut hipertonis apabila jumlah elektrolit dari kristaloid lebih banyak dibandingkan dengan plasma tubuh. Apabila pemberian kristaloid hipertonis dilakukan akan menyebabkan terjadinya penarikan cairan dari sel ke ruang intravaskuler. Gejala yang timbul dari pemberian larutan hipertonis adalah peningkatan curah jantung yang bukan hanya disebabkan oleh karena perbaikan preload, tetapi juga disebabkan oleh efek sekunder

karena efek inotropik positif pada miokard dan penurunan afterload sekunder akibat efek vasodilatasi kapiler viseral. Hal ini dapat menyebabkan perbaikan aliran darah ke organ-organ vital. Namun pemberian larutan hipertonis dapat menyebabkan efek samping seperti hipernatremia dan hiperkloremia. Contoh larutan kristaloid hipertonis antara lain Dextrose 5% dalam $\frac{1}{2}$ Normal Saline, Dextrose 5% dalam Normal Saline, Saline 3%, Saline 5%, dan Dextrose 5% dalam RL.

3. Hipotonis adalah jika plasma memiliki elektrolit yang lebih banyak dibandingkan kristaloid dan kurang terkonsentrasi, maka disebut sebagai “hipotonik” (hipo, rendah; tonik, konsentrasi). Ketika cairan hipotonis diberikan, cairan dengan cepat akan berpindah dari intravaskular ke sel. Dextrose 5% dalam air, $\frac{1}{2}$ Normal Saline merupakan beberapa contoh dari larutan kristaloid hipotonik.

Kemudian cairan koloid adalah cairan yang membantu mempertahankan tekanan onkotik koloid plasma sehingga sebagian besar tetap berada di ruang intravaskular, sedangkan larutan kristaloid dengan cepat menyeimbangkan dan mendistribusikan seluruh ruang cairan ekstraselular. Cairan koloid bertahan lebih lama di dalam ruang intravaskuler disebabkan oleh karena aktivitas osmotik serta mempunyai zat-zat yang berat molekulnya tinggi. Defisit cairan berat seperti pada syok hipovolemik/hermorragik sebelum diberikan transfusi darah ataupun pada penderita hipoalbuminemia berat dan kehilangan protein jumlah besar (misalnya pada luka bakar) dapat diberikan cairan koloid sebagai salah satu langkah resusitasi. Cairan koloid merupakan turunan dari plasma protein dan sintetik. Berdasarkan jenis pembuatannya, larutan koloid terdiri dari koloid alami yaitu albumin dan koloid sintetik yaitu dextrans, Hydroxylethyl Starch (Hetastarch) dan gelatin.

Berdasarkan penggunaannya cairan intravena dapat digolongkan menjadi empat kelompok, yaitu:

1. Cairan pemeliharaan di mana terapi cairan intravena untuk pemeliharaan rutin mengacu pada penyediaan cairan dan elektrolit intravena untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolitnya, namun tidak mampu untuk memenuhi kebutuhannya. Pemberian cairan pemeliharaan rutin bertujuan agar tersedianya

cairan dan elektrolit yang adekuat untuk memenuhi insensible losses, status normal kompartemen cairan tubuh dapat dipertahankan dan memungkinkan terjadinya ekskresi ginjal dari produk-produk limbah. Jenis cairan rumatan yang dapat digunakan adalah NaCl 0,9%, glukosa 5%, glukosa salin, atau ringer laktat/asetat. Cairan rumatan dibutuhkan sekitar 25-30 ml/kg/hari. Kebutuhan K, Na dan Cl kurang lebih 1mmol/kg/hari, sedangkan glukosa dibutuhkan tubuh sebanyak 50-100 gram perhari. Perlu dilakukan monitor dan penilaian ulang setelah memberikan cairan pemeliharaan intravena.

2. Cairan Pengganti merupakan penghitungan optimal dari cairan intravena perlu dilakukan karena membutuhkan cairan intravena memiliki kebutuhan spesifik untuk mengganti kehilangan cairan atau elektrolit yang terjadi serta permasalahan redistribusi cairan internal yang sedang berlangsung. Terapi cairan pengganti intravena memiliki tujuan untuk menjaga dan mengembalikan homeostasis yang adekuat dengan cara memenuhi kebutuhan ekstra dari cairan dan elektrolit.
3. Cairan untuk tujuan khusus yang dimaksud adalah cairan kristaloid yang digunakan khusus, misalnya natrium bikarbonat 7,5%, kalsium glukonas, untuk tujuan koreksi khusus terhadap gangguan keseimbangan elektrolit.
4. Cairan nutrisi adalah diberikan pada yang tidak mengkonsumsi makanan peroral ataupun yang tidak bisa makan dapat diberikan cairan nutrisi. Jenis cairan nutrisi parenteral pada saat ini sudah dalam berbagai komposisi, baik untuk parenteral parsial atau total maupun untuk kasus penyakit tertentu.

Adapun syarat pemberian nutrisi parenteral yaitu berupa: gangguan absorpsi makanan seperti pada fistula enterokunatueus, atresia intestinal, kolitis infektiosa, obstruksi usus halus. Kondisi di mana usus harus diistirahatkan seperti pada pankreatitis berat, status preoperatif dengan malnutrisi berat, angina intestinal, stenosis arteri mesenterika, diare berulang. Gangguan motilitas usus seperti pada ileus yang berkepanjangan, pseudo-obstruksi dan skleroderma. Kondisi di mana jalur enteral tidak memungkinkan untuk diberikan kepada pasien antara lain pada pada pasien dengan gangguan makan,

muntah terus menerus, gangguan hemodinamik, maupun dengan hiperemesis gravidarum.

3.2 Prosedur Keperawatan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Peran serta kompetensi perawat dalam pemenuhan kebutuhan dasar klien pada kebutuhan cairan dan elektrolit mutlak diperlukan, karena perawatlah satu-satunya tenaga kesehatan yang 24 jam mendampingi klien. Tindakan pemenuhan kebutuhan cairan secara benar dan tepat dapat menghindari komplikasi, karena cairan sangat diperlukan dalam rangka menjaga kondisi tubuh tetap sehat. Cairan masuk ke dalam tubuh melalui makanan, minuman maupun cairan intravena yang didistribusikan ke seluruh bagian tubuh. Untuk mempertahankan keseimbangan cairan di dalam tubuh, maka perlu dipertahankan asupan, distribusinya, dan haluaran air dan elektrolit, serta pengaturan komponen-komponen tersebut oleh sistem ginjal dan paru-paru. Keseimbangan cairan berarti adanya distribusi yang normal dari air total dan elektrolit ke dalam seluruh bagian tubuh. Dengan mengetahui tentang konsep dasar cairan secara Mampu melakukan pengkajian atau assessment status cairan tubuh meliputi data subjektif (riwayat penyakit dan data psikososial), dan pemeriksaan fisik antara lain pemeriksaan head to toe, tanda-tanda vital, MAP dan menghitung keseimbangan cairan benar dan tepat maka dapat mencegah adanya gangguan pemenuhan kebutuhan cairan secara tepat dan tepat. Sehingga dapat mencegah kondisi yang mengancam kehidupan atau mencegah terjadinya komplikasi, sejalan dengan penelitian (Rahmawati, Perwitasari, and Kurniawan 2019) menyatakan bahwa efektivitas pemenuhan terapi cairan menunjukkan ke arah yang lebih baik pada saat klien diberikan terapi cairan. Pemenuhan kebutuhan cairan tubuh dianggap penting sehingga perlu mempelajari tentang keterampilan prosedur pemenuhan terapi cairan.

Beberapa konsep dasar dalam pemberian terapi cairan adalah:

1. Perawat paham tentang konsep dasar cairan tubuh
2. Perawat mampu mengidentifikasi adanya gangguan keseimbangan cairan tubuh pada klien

3. Perawat mampu melaksanakan asuhan keperawatan pasien dengan gangguan keseimbangan cairan tubuh yang meliputi:
 - a. Mampu melakukan pengkajian atau assessment status cairan tubuh meliputi data subjektif (riwayat penyakit dan data psikososial), dan pemeriksaan fisik antara lain pemeriksaan head to toe, tanda-tanda vital, MAP dan menghitung keseimbangan cairan
 - b. Melakukan persiapan pasien dengan pemeriksaan penunjang seperti darah lengkap, analisa gas darah, serum elektrolit, analisa urine
 - c. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan tubuh
 - d. Merencanakan tindakan keperawatan yang tepat pada klien gangguan pemenuhan kebutuhan cairan yang meliputi:
 1. Melakukan tindakan keperawatan pemasangan infus tetesan infus
 2. Melakukan tindakan keperawatan menghitung tetesan infus
 3. Melakukan Tindakan keperawatan menghitung balance cairan
 4. Melakukan tindakan keperawatan mengganti larutan dan selang infus
 5. Melakukan tindakan merawat dan monitor luka infus
 6. Melakukan pengambilan darah arteri
 - e. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien gangguan pemenuhan kebutuhan cairan tubuh
 - f. Melakukan evaluasi keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan tubuh

3.3 Prinsip dan Protokol Pemberian Terapi Cairan Intravena

Pemberian cairan intravena merupakan tindakan yang dibutuhkan bagi pasien. Harus diingat bahwa tujuan pemberian cairan intravena adalah memulihkan kondisi patologis yang terjadi dan mengembalikan pasien dalam

keseimbangan cairan dan elektrolit normal. Ada beberapa rekomendasi maupun guideline yang dapat memudahkan dalam pengambilan keputusan dalam pemberian terapi intravena.

UK *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) merekomendasikan untuk menilai 5 R yang terdiri dari:

1. *Resuscitation* (Resusitasi)
2. *Replacement* (Penggantian)
3. *Routine Maintenance* (Pemeliharaan Rutin)
4. *Redistribution* (Redistribusi)
5. *Reassessment* (Penilaian Ulang)

Selanjutnya dalam pemberian terapi cairan kepada klien sesuai dengan Rekomendasi NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2017) dalam prinsip dan protokol dalam pemberian terapi cairan intravena adalah:

1. Kaji dan kelola kebutuhan cairan klien, terapi cairan hanya pada klien yang tidak terpenuhi cairan melalui rute oral atau enteral
2. Pemberian dan pengelolaan terapi cairan hanya diberikan oleh tenaga kesehatan yang profesional yang terampil dan kompeten
3. Dalam menilai serta memantau klien yang menerima terapi cairan (ikuti rekomendasi pada bagian pelatihan dan pendidikan)
4. Saat menentukan terapi cairan 5 R: *Resuscitation*, *Routine maintenance*, *Replacement*, *Redistribution* and *Reassessment*
 - a. Tawarkan pemberian terapi cairan sebagai bagian dari prosedur pada klien yang membutuhkan terapi cairan
 - b. Kaji kebutuhan cairan dan elektrolit klien, jika klien dinilai memerlukan terapi cairan untuk resusitasi
 - c. Buat rencana pengelolaan terapi cairan
 - d. Tentukan volume cairan dan elektrolit selama 24 jam ke depan
 - e. Buat pemantauan berkala
 - f. Pemberian terapi cairan harus dimonitor oleh tenaga kesehatan setiap saat, namun pada klien yang menjalani terapi cairan jangka panjang dengan kondisi stabil mungkin bisa lebih jarang dimonitor

- g. Saat menentukan cairan dan elektrolit, boleh dipertimbangkan sumber cairan lainnya dalam memenuhi asupan cairan dan elektrolit seperti asupan oral atau enteral, dan asupan dari obat-obatan, nutrisi perparenteral, darah dan produk darah
- h. Klien mempunyai keputusan dalam terapi cairannya
- i. Jika seorang klien memerlukan terapi cairan, maka harus dijelaskan, serta diskusikan tanda dan gejalanya
- j. Terapi cairan perlu disesuaikan, apakah memungkinkan atau kapan dibutuhkan, berikan informasi tertulis dan melibatkan anggota keluarga (jika diperlukan).

Bab 4

Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Nutrisi Sesuai SPO (Standar Operasional Prosedur)

4.1 Nutrisi

Nutrisi adalah proses di mana tubuh melakukan metabolisme dan memanfaatkan nutrisi yang masuk ke dalam tubuh. Nutrisi akan melepaskan energi untuk homeostatis tubuh manusia. Nutrisi yang masuk ke dalam tubuh digolongkan menjadi Karbohidrat, Protein dan Lemak. Hal ini akan diubah dari karbohidrat menjadi glukosa, protein menjadi asam amino dan lemak menjadi lemak asam sebelum sampai ke sel tubuh (DeLaune & Ladner, 2011). Selain itu terdapat juga mineral dan vitamin yang merupakan bagian dalam nutrisi yang diperlukan oleh tubuh.

Jenis nutrisi dapat digolongkan sebagai berikut (Fatonah & Sarwi, 2020)

1. Karbohidrat

Karbohidrat adalah gizi makro yang meliputi gula, pati dan serat. Gula dan pati dipecah berupa glukosa yang di mana merupakan sumber energi utama untuk sel tubuh. Glukosa dapat disimpan berupa glikogen dalam hati dan otot ataupun dapat diubah menjadi lemak tubuh. Gula dapat diserap dalam aliran darah dengan sangat cepat. Berbeda dengan gula, pati merupakan jenis karbohidrat yang lama dicerna dalam darah.

2. Protein

Protein yang merupakan komponen utama pada sel tubuh dan sangat berfungsi pada enzim, hormon dan molekul lainnya. Protein adalah bentuk dari asam amino yang dibutuhkan untuk sintesis protein. Tubuh dapat memecah protein tubuh untuk mengambil asam amino yang dibutuhkan.

3. Lemak

Lemak adalah zat gizi makro yang mencakup asam lemak dan trigliserida. Lemak sendiri padat akan energi sebesar 9 kkal per gram.

4. Mineral

Komponen anorganik yang terdapat dalam tubuh manusia adalah mineral. Mineral dibagi menjadi 2 jenis yaitu mineral organik dan mineral anorganik. Mineral organik dibutuhkan dalam tubuh, dengan bentuk mineral adalah nasi, ayam, ikan, telur, sayur-sayuran serta buah-buahan ataupun vitamin tambahan. Mineral anorganik yang tidak dibutuhkan dalam tubuh kita adalah timbal hitam (Pb), iron oxide (beso teroksidesi), merkuri, arsenik, magnesium, aluminium atau bahan kimia hasil dari resapan tanah.

5. Vitamin

Vitamin yang merupakan senyawa organik tersusun dari karbohidrat, hidrogen, oksigen dan adapun nitrogen ataupun elemen lain. Vitamin dikelompokkan menjadi 2 jenis yaitu yang larut dalam lemak dan larut dalam air. Vitamin A, D, E, dan K merupakan jenis vitamin yang dapat larut dalam lemak. Vitamin yang larut dalam air terdiri

dari B1 atau Tiamin, vitamin B2 atau dengan kata lain Riboflavin, vitamin B7 atau Biotin, vitamin B9 atau Folat, vitamin B12 atau Kobalamin dan vitamin C.

4.2 Anatomi dan Fisiologi

Anatomi sistem pencernaan yang merupakan organ utama dalam proses kebutuhan nutrisi adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1: Anatomi Sistem Pencernaan (Sherwood, 2019)

Saluran pencernaan dimulai dari mulut melalui faring dan masuk ke dalam saluran pencernaan esofagus. Setelah esofagus masuk ke dalam lambung lalu ke usus halus, kemudian usus besar dan berakhir pada rektum lalu anus yang mengeluarkan hasil pencernaan. Dalam mulut terdapat gigi, lidah, kelenjar parotis, kelenjar submandibular dan kelenjar sublingual penghasil ludah. Sebelum memasuki esofagus terdapat sfingter untuk mencegah terjadinya refluks makanan ke mulut yang bernama *Upper Esofageal Sfingter* (UES) dan diujung Esofagus sebelum ke Lambung terdapat *Lower Esofageal Sfingter* (LES) yang mencegah kembalinya makanan atau keluarnya asam lambung ke esofagus yang dapat menyebabkan luka pada esofagus.

Lambung merupakan organ untuk mengubah makanan menjadi jenis nutrisi yang akan diserap oleh tubuh di usus halus. Pada lambung terdapat asam

lambung (Hcl) yang merupakan faktor terbesar pengubah makanan menjadi nutrisi ketika masuk ke dalam tubuh. Kemudian melalui sfingter pilorus masuk ke dalam usus halus.

Usus halus adalah tempat untuk mengabsorpsi nutrisi yang masuk dan telah dicerna oleh lambung. Pada usus halus terdapat vili-vili usus yang merupakan pembuluh darah untuk menghantarkan nutrisi keseluruhan tubuh. Usus halus terdiri atas 3 yaitu duodenum, jejunum dan ileum. Sisa absorpsi yang dihasilkan oleh usus halus akan masuk ke dalam usus besar.

Usus besar atau Colon adalah tempat untuk mengabsorpsi yang paling akhir. Usus besar biasanya mengabsorpsi cairan dan nutrisi yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus halus. Usus besar terbagi atas tiga yaitu colon asenden, colon transversum dan colon desenden. Hasil dari usus besar akan masuk ke rektum dalam bentuk feses dan kemudian dikeluarkan oleh anus.

Proses pencernaan dapat dibagi menjadi empat yaitu Ingesti, Digesti, Absorpsi dan Transportasi. Ingesti dapat diartikan sebagai intake makanan dari lingkungan ke dalam tubuh. Digesti adalah perubahan fisik dan kimia makanan untuk dapat diabsorpsi. Absorpsi adalah masuknya partikel zat dari dalam saluran pencernaan ke pembuluh darah dan limfa. Transportasi merupakan proses masuknya zat makanan yang larut dalam lemak maupun air ke dalam sel.

4.3 Kebutuhan Nutrisi

Masalah yang ditemukan adanya permasalahan pada nutrisi adalah penurunan berat badan, anoreksia, mual dan muntah, diare, dan sebagainya. Pasien yang masuk ke rumah sakit dengan penyakit ini ataupun memiliki gejala tersebut dapat dilakukan pemenuhan dalam kebutuhan nutrisi dengan cara mengukur Indeks Masa Tubuh pasien berdasarkan berat badan dan tinggi badan, pemberian makan melalui mulut (oral), mengukur lingkar lengan atas, mengukur lingkar paha, dan mengukur lingkar abdomen.

4.3.1 Mengukur Indeks Masa Tubuh (IMT)

IMT merupakan indeks sederhana yang digunakan untuk mengklasifikasikan berat badan dan obesitas pada orang dewasa menggunakan berat badan dan tinggi badan (Kemenkes, 2018).

Cara mengukur IMT adalah dengan rumus berikut:

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (x)}}$$

Tabel 4.1: Klasifikasi IMT (WHO)

KLASIFIKASI	IMT
Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	<18,5
Berat badan normal	18,5 – 22,9
Kelebihan berat badan (<i>overweight</i>)	
Dengan Risiko	23-24,9
Obesitas I	25-29,9
Obesitas II	≥ 30

Tabel 4.2: Klasifikasi IMT (Kemenkes, 2018)

KLASIFIKASI	IMT
Sangat Kurus	< 17
Kurus	17 – <18,5
Normal	18,5 – 25,0
Gemuk	>25 – 27
Obesitas	>27

Sebelum dilakukan pengukuran IMT diperlukan pengukuran berat badan dan tinggi badan.

4.3.2 Pengukuran Berat Badan

Pengukuran berat badan adalah mengukur bobot tubuh dengan menggunakan timbangan.

Tabel 4.3: SOP Pengukuran Berat Badan

SOP	
Tindakan	Mengukur Berat Badan
Tujuan	Mengetahui bobot tubuh
Persiapan Alat	<ul style="list-style-type: none"> • Timbangan • Alat Tulis

Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat kondisi pasien 2. Baca rekam medis pasien
Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan nama 3. Identifikasi pasien 4. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien berkaitan dengan pengukuran berat badan pasien 5. Jelaskan tujuan dilakukan pengukuran berat badan 6. Berikan kesempatan pasien untuk menyetujui tindakan yg akan dilakukan 7. Jaga privasi pasien jika dibutuhkan
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 6 langkah 2. Letakkan timbangan pada permukaan yang datar 3. Pastikan posisi awal timbangan menunjukkan angka 0 4. Anjurkan pasien melepaskan alas kaki, jaket atau barang lainnya yang dapat memengaruhi hasil penimbangan 5. Fasilitasi agar pasien dapat berdiri dengan baik dan berhati-hati diatas timbangan 6. Meminta pasien untuk meluruskan pandangan kedepan 7. Membaca angka yang ditunjukkan oleh timbangan 8. Meminta pasien turun dari timbangan dan menggunakan alas kaki kembali 9. Posisikan pasien duduk kembali atau berbaring sesuai keinginan pasien 10. Catat hasil bobot tubuh pasien 11. Cuci tangan 6 langkah 12. Informasikan hasil jika perlu
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan kepada pasien kebutuhan pasien sebelum meninggalkan pasien 2. Ucapkan salam

4.3.3 Pengukuran Tinggi Badan

Tabel 4.4: SOP Pengukuran Tinggi Badan

SOP	
Tindakan	Mengukur Tinggi Badan
Tujuan	Mengetahui tinggi tubuh
Persiapan Alat	<ul style="list-style-type: none"> • Tiang pengukur atau alat ukur tinggi badan • Alat Tulis
Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat kondisi pasien 2. Baca rekam medis pasien

Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan nama 3. Identifikasi pasien 4. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien berkaitan dengan pengukuran tinggi badan pasien 5. Jelaskan tujuan dilakukan pengukuran tinggi badan 6. Berikan kesempatan pasien untuk menyetujui tindakan yg akan dilakukan 7. Jaga privasi pasien jika dibutuhkan
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 6 langkah 2. Anjurkan pasien melepas alas kaki 3. Pasien diminta untuk dalam posisi tegak menghadap lurus kearah depan 4. Pastikan bagian belakang kepala, punggung, bokong dan tumit menempel pada tiang pengukur 5. Turunkan batas atas pengukur sampai menempel ke ubun-ubun 6. Baca hasil pengukuran dengan teliti 7. Catat hasil tinggi tubuh pasien dan sampaikan kepada pasien jika perlu 8. Rapihkan pasien dan alat yang telah digunakan 9. Cuci tangan 6 langkah
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan kepada pasien kebutuhan pasien sebelum meninggalkan pasien 2. Ucapkan salam

4.3.4 Pengukuran Lingkar Lengan Atas

Tabel 4.5: SOP Pengukuran Lingkar Lengan Atas

SOP	
Tindakan	Mengukur Lingkar Lengan Atas
Tujuan	Menjadi penunjang status gizi pasien
Persiapan Alat	<ul style="list-style-type: none"> • Meteran atau pita ukur • Alat Tulis
Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat kondisi pasien 2. Baca rekam medis pasien
Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan nama 3. Identifikasi pasien 4. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien berkaitan dengan pengukuran lingkar lengan atas pasien

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tujuan dilakukan pengukuran lingkaran lengan atas 6. Berikan kesempatan pasien untuk menyetujui tindakan yg akan dilakukan 7. Jaga privasi pasien jika dibutuhkan
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 6 langkah 2. Posisikan pasien duduk selama pengukuran lingkaran lengan atas 3. Tentukan lokasi lengan yang akan diukur dengan pengukuran dilakukan pada lengan yang tidak dominan dan diukur tepat di tengah antara bahu dan siku pasien 4. Tekuk lengan yang akan dilakukan pengukuran 90° dengan tangan mengarah ke atas 5. Lingkarkan meteran atau pita ukur pada bagian tengah lengan, tidak terlalu ketat dan tidak longgar 6. Baca hasil pengukuran dengan teliti 7. Catat hasil lingkaran lengan atas pasien dan sampaikan kepada pasien jika perlu 8. Rapihkan pasien dan alat yang telah digunakan 9. Cuci tangan 6 langkah
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan kepada pasien kebutuhan pasien sebelum meninggalkan pasien 2. Ucapkan salam

4.3.5 Pengukuran Lingkaran Paha

Tabel 4.6: SOP Pengukuran Lingkaran Paha

SOP	
Tindakan	Mengukur Lingkaran Paha
Tujuan	Menjadi penunjang status gizi pasien
Persiapan Alat	<ul style="list-style-type: none"> • Meteran atau pita ukur • Alat Tulis
Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat kondisi pasien 2. Baca rekam medis pasien
Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan nama 3. Identifikasi pasien 4. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien berkaitan dengan pengukuran lingkaran paha pasien 5. Jelaskan tujuan dilakukan pengukuran lingkaran paha 6. Berikan kesempatan pasien untuk menyetujui tindakan yg akan dilakukan 7. Jaga privasi pasien jika dibutuhkan

Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 6 langkah 2. Posisikan pasien berdiri tegak dan lengan disamping tubuh selama pengukuran lingkaran lengan atas 3. Tentukan lokasi paha yang akan diukur pada bagian tengah antara pangkal paha dengan lutut 4. Anjurkan pasien untuk rileks dan tidak perlu mengencangkan area otot paha 5. Lingkarkan meteran atau pita ukur pada bagian tengah paha, tidak terlalu ketat dan tidak longgar 6. Baca hasil pengukuran dengan teliti 7. Catat hasil lingkaran paha pasien dan sampaikan kepada pasien jika perlu 8. Rapihkan pasien dan alat yang telah digunakan 9. Cuci tangan 6 langkah
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan kepada pasien kebutuhan pasien sebelum meninggalkan pasien 2. Ucapkan salam

4.3.6 Pengukuran Lingkaran Abdomen

Tabel 4.7: SOP Pengukuran Lingkaran Abdomen

SOP	
Tindakan	Mengukur Lingkaran Abdomen
Tujuan	Menjadi penunjang status gizi pasien
Persiapan Alat	<ul style="list-style-type: none"> • Meteran atau pita ukur • Alat Tulis
Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat kondisi pasien 2. Baca rekam medis pasien
Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan nama 3. Identifikasi pasien 4. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien berkaitan dengan pengukuran lingkaran abdomen pasien 5. Jelaskan tujuan dilakukan pengukuran lingkaran abdomen 6. Berikan kesempatan pasien untuk menyetujui tindakan yg akan dilakukan 7. Jaga privasi pasien jika dibutuhkan
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 6 langkah 2. Posisikan pasien tidur terlentang 3. Buka pakaian pasien pada area abdomen 4. Lingkarkan pita ukur atau meteran pada abdomen pasien dan

	<p>pastikan bahwa meteran atau pita ukur tidak terpelintir</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Arahkan pengukuran angka 0 pada umbilikus dan ukuran angka lingkaran pada umbilikus 6. Baca hasil pengukuran dengan teliti 7. Catat hasil lingkaran abdomen pasien dan sampaikan kepada pasien jika perlu 8. Rapihkan pasien dan alat yang telah digunakan 9. Cuci tangan 6 langkah
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan kepada pasien kebutuhan pasien sebelum meninggalkan pasien 2. Ucapkan salam

4.3.7 Memberikan Makan Per Oral

Tabel 4.8: SOP Memberikan Makan Per Oral

SOP	
Tindakan	Membantu memberikan makan per oral
Tujuan	Membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi dalam tubuh khususnya pasien dengan gangguan kelemahan
Persiapan Alat	<ul style="list-style-type: none"> • Makanan pasien sesuai diit • Alat makan
Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat kondisi pasien 2. Baca rekam medis pasien
Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan nama 3. Identifikasi pasien 4. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien berkaitan dengan membantu klien makan 5. Berikan kesempatan pasien untuk menyetujui tindakan yg akan dilakukan 6. Jaga privasi pasien jika dibutuhkan
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 6 langkah 2. Posisikan pasien duduk tegap 3. Kaji kondisi pasien dan kemampuan pasien menelan makanan dan minuman 4. Bantu pasien makan secara langsung menggunakan sendok. Kondisikan sendok yg tidak tajam pada lansia dan tidak terlalu penuh pada porsi sendok 5. Lihat perubahan dalam reaksi pasien seperti batuk, tersedak ataupun sianosis pada saat menelan 6. Berikan makan dan minum sesuai kemampuan pasien dan

	<p>jangan dipaksakan untuk habis</p> <ol style="list-style-type: none">7. Rapihkan pasien dan alat yang telah digunakan8. Cuci tangan 6 langkah
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none">1. Tanyakan kepada pasien kebutuhan pasien sebelum meninggalkan pasien2. Ucapkan salam3. Dokumentasikan banyaknya makanan yang dihabiskan pasien untuk evaluasi kondisi nutrisi pasien

Bab 5

Prosedur Keperawatan dalam memenuhi Kebutuhan Eliminasi sesuai SPO

5.1 Pendahuluan

Eliminasi merupakan proses pembuangan sisa-sisa metabolisme tubuh baik berupa urine, bowel. Pembuangan tersebut melalui sistem perkemihan dan sistem gastrointestinal. Pemenuhan Kebutuhan eliminasi terdiri dari kebutuhan eliminasi kebutuhan eliminasi Alvi yang berhubungan dengan Defekasi dan kebutuhan eliminasi urine berhubungan dengan berkemih. Dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi sangat diperlukan sekali pengawasan terhadap masalah yang berhubungan dengan gangguan kebutuhan eliminasi urine: retensi urine, inkontinensia urine, enuresis. Konstipasi, fecal impaction dan lain-lain. Masalah eliminasi tersebut dapat mengganggu pola aktivitas sehari-hari.

Untuk memenuhi kebutuhan eliminasi tersebut, beberapa standar prosedur keperawatan operasional yang dapat dilakukan, di antaranya pemenuhan kebutuhan eliminasi alvi dengan membantu pasien menggunakan pispot yang tidak mampu melakukan secara mandiri, melaksanakan pemberian huknah rendah, huknah tinggi, pemberian gliserin per rektal, evakuasi feses manual,

memenuhi kebutuhan eliminasi urine dengan urinal pada pasien yang tidak mampu melakukan secara mandiri dan pemasangan kateter.

5.2 Standar Prosedur Operasional Eliminasi Alvi

Eliminasi Alvi adalah Proses pembuangan atau pengeluaran sisa metabolisme berupa feses yang berasal dari saluran pencernaan melalui Anus

Tabel 5.1: Standar Prosedur Operasional Membantu Pasien menggunakan Pispot

Pengertian	Suatu tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan eliminasi alvi secara mandiri dengan menggunakan pispot
Tujuan	Memenuhi kebutuhan eliminasi alvi Memberi rasa nyaman kepada pasien
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pispot yang bersih tertutup 2. Alas/perlak 3. Botol berisi air 4. Sabun 5. waslap 6. Tisu 7. Sampiran/Scherem 8. Sarung tangan 9. Selimut mandi 10. Tempat kain kotor tertutup
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> A. Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengecekan program perawatan 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan peralatan dekat dengan pasien B. Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarga 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan

	<p style="text-align: center;">dilaksanakan pada pasien</p> <p>C. Interaksi/Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasang sampiran jika dirawat di bangsal umum 2. Ganti selimut pasien dengan selimut mandi 3. Cuci tangan lagi jika diperlukan 4. Gunakan sarung tangan 5. Atur posisi pasien dan lepaskan pakaian bagian bawah pasien 6. Pasang pernak pengalas dibawah bokong/glutea pasien 7. Tempatkan pispot diatas pengalas tepat dibawah glutea dengan posisi bagian lubang pispot tepat dibawah anus. Pada saat meletakkan pispot anjurkan pasien untuk mengangkat daerah glutea (bila pasien mampu) untuk memudahkan meletakkan pispot. 8. Setelah posisi pispot tepat dibawah glutea, tanyakan pada pasien tentang kenyamanan tersebut. Jaga privasi pasien selama prosedur 9. Anjurkan pasien untuk defekasi pada tempatnya/pispot yang telah terpasang 10. Setelah selesai cuci area anal dengan sabun dan siram daerah anus dan sekitarnya dengan air sampai bersih dengan bantuan tangan yang bersarung tangan, kemudian keringkan dengan tisu 11. Pasangkan celana dan pakaian bagian bawah dan gulung pengalas 12. Rapiakan dan atur posisi pasien agar nyaman <p>D. Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan pispot dan kembalikan alat alat pada tempatnya 2. Membuka sarung tangan 3. Cuci tangan 4. Catat tanggal defekasi; karakteristik feses seperti jumlah, konsistensi, warna, bau, dan respon pasien selama prosedur
--	--



Gambar 5.1: a. Pispot staines, b. Pispot plastik (pispot-Search Images (bing.com))

Tabel 5.2: Standar Prosedur Operasional Pemberian Huknah Rendah

Pengertian	Tindakan keperawatan dengan cara memasukkan cairan hangat kedalam kolon desendens dengan menggunakan kanule rektal melalui anus. Huknah rendah dilaksanakan sebelum operasi (persiapan pembedahan) dan pasien yang mengalami Obstipasi
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengosongkan usus pada pasien pra-pembedahan untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan selama operasi berlangsung, seperti BAB 2. Merangsang Buang air besar atau merangsang peristaltik usus untuk mengeluarkan feses karena kesulitan untuk defekasi (pada pasien sembelit)
Persiapan alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perlak dan Pengalas 2. Selimut mandi 3. Irigator lengkap dengan kanule rektal 4. Cairan hangat:(Anak 250-350 cc, Usia sekolah 300-500 cc, Remaja 500-700 cc, dewasa 700-1000 cc) 5. Nierbekken 6. Pispot bertutup 7. Botol berisi air 8. Tisu 9. Jeli 10. Sarung tangan 11. Sampiran
Prosedur	<p>A. Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengecekan program terapi 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat dekat pasien dengan benar

	<p>B. Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarga 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilaksanakan pada pasien 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan <p>C. Interaksi/Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy pasien 2. Mengatur posisi pasien miring ke kiri (posisi Sim Kiri) 3. Memasang sampiran 4. Meletakkan perlak dan pengalas dibawah bokong pasien 5. Mengganti selimut pasien dengan selimut mandi 6. Siapkan bengkok didekat pasien 7. Meletakkan pispot dekat tempat tidur 8. Irigator diisi dengan cairan hangat dan hubungkan dengan kanula rectal, kemudian periksa alirannya dengan membuka kanule recti dan keluarkan air ke bengkok dan oleskan jeli pada kanula kemudian menutup kembali klem kembali. 9. Menggantungkan irigator pada standart dengan ketinggian 50 cm dari tempat tidur 10. Menggunakan sarung tangan 11. Membuka bokong hingga anus terlihat 12. Memasukkan secara halus dan perlahan kanula ke rectum kira kira 7-10 cm, minta pasien menarik nafas dalam dan buka klemnya perlahan sampai air mengalir dan menimbulkan rasa ingin defekasi. Menutup klem 13. Memegang pangkal kanule dengan tisu, tarik kanule dari anus 14. Anjurkan pasien untuk menahan sebentar bila ada rasa ingin defekasi dan pasang pispot dibawah bokong pasien untuk BAB atau anjurkan ke toilet. 15. Bila pasien tidak mampu ke toilet bersihkan dengan menyiram daerah perineum hingga
--	---

	<p>bersihdan keringkan dengan tisu.</p> <p>16. Merapikan pasien</p> <p>D. Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi tindakan. 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membersihkan alat-alat dan kembalikan alat pada tempat semula 4. Mencuci tangan 5. catat jumlah, warna, konsistensi dan respon pasien
--	--

Tabel 5.3: Standar Prosedur Operasional Pemberian Huknah Tinggi

Pengertian	Tindakan memasukkan cairan hangat kedalam kolon asendens dengan menggunakan kanule usus. Tindakan ini dilakukan pada pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan umum.
Tujuan	Mengosongkan usus untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan, seperti buang air besar selama prosedur operasi dilakukan atau pengosongan sebagai tindak diagnostik/pembedahan.
Persiapan alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perlak dan Pengalas 2. Selimut mandi 3. Irigator lengkap dengan kanule rektal 4. Cairan hangat:(Anak 250-350 cc, Usia sekolah 300-500 cc, Remaja 500-700 cc, dewasa 700-1000 cc) 5. Nierbekken 6. Pispot tertutup 7. Botol berisi air 8. Tisu 9. Jeli 10. Sarung tangan 11. Sampiran
Prosedur	<p>A. Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengecekan program terapi 2. Mencuci tangan 3. Menempatkan alat dekat pasien dengan benar <p>B. Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarga 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan

	<p>dilaksanakan pada pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan <p>C. Interaksi/Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy pasien 2. Mengatur posisi pasien miring ke kanan (posisi Sim Kanan) 3. Memasang sampiran 4. Meletakkan perlak dan pengalas dibawah bokong pasien 5. Mengganti selimut pasien dengan selimut mandi 6. Siapkan bengkok didekat pasien 7. Meletakkan pispot dekat tempat tidur 8. Irigator diisi dengan cairan hangat dan hubungkan dengan kanula rectal, kemudian periksa alirannya dengan membuka kanule recti dan keluarkan air ke bengkok dan oleskan jeli pada kanula kemudian menutup kembali klem kembali. 9. Menggantungkan irigator pada standart dengan ketinggian 30 cm dari tempat tidur 10. Menggunakan sarung tangan 11. Membuka bokong hingga anus terlihat 12. Memasukkan secara halus dan perlahan kanula ke rectum kira kira 10-15 cm, minta pasien menarik nafas dalam dan buka klemnya perlahan sampai air mengalir dan menimbulkan rasa ingin defekasi. Menutup klem 13. Memegang pangkal kanule dengan tisu, tarik kanule dari anus 14. Anjurkan pasien untuk menahan sebentar bila ada rasa ingin defekasi dan pasang pispot dibawah bokong pasien untuk BAB atau anjurkan ke toilet. 15. Bila pasien tidak mampu ke toilet bersihkan dengan menyiram daerah perineum hingga bersihdan keringkan dengan tisu. 16. Merapikan pasien <p>D. Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi tindakan.
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan alat-alat dan mengembalikan alat pada tempat semula 4. Mencuci tangan 5. catat jumlah, warna, konsistensi dan respon pasien
--	---

Tabel 5.4: Standar Prosedur Operasional Evakuasi feses secara manual

Pengertian	Pengeluaran feses yang mengeras pada rektum atau sigmoid bagian bawah secara manual. (PPNI, 2021)
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatasi impaksi fecal (pengerasan feses) yang tidak dapat dilakukan dengan enema 2. Memfasilitasi peristalsis normal 3. Meredakan nyeri dan ketidaknyamanan
Persiapan alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selimut mandi 2. Sarung tangan 3. Pot bertutup 4. Jeli 5. Botol berisi air 6. Kapas 7. Tisu 8. Perlak dan pengalas 9. Bengkok 10. Lidokain topikal jika perlu
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> A. Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien (nama lengkap, tanggal lahir, rekam medis) 2. Melakukan pengecekan program terapi 3. Mencuci tangan 4. Menempatkan alat dekat pasien dengan benar B. Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarga 2. Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilaksanakan pada pasien 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan C. Interaksi/Kerja <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasang sampiran/scherem

	<ol style="list-style-type: none">2. Mencuci tangan3. Posisikan Pasien miring dengan lutut fleksi4. Pasang selimut mandi5. Pasang perlak dan pengalas dibawah bokong pasien6. Buka Pakaian bawah pasien7. Letakkan pispot disamping pasien8. Mencuci tangan dengan 6 langkah9. Pasang sarung tangan10. Berikan jeli pada jari telunjuk11. Berikan lidokain untuk anestesi lokal dengan mengoleskan 1-2 ml pada rektum 5 menit sebelum prosedur, jika perlu12. Masukkan njari telunjuk kedalam rektum dan lanjutkan dengan perlahan disepanjang dinding rektal ke arah umbilikus13. Keluarkan massa feses secara perlahan14. Tarik feses kebawah ke arah anus dan keluarkan potongan secara bertahap15. Anjurkan menarik nafas dan rileks saat dilakukan evakuasi feses16. Periksa secara berkala frekuensi, irama dan kekuatan nadi serta tanda kelelahan17. Periksa adanya keluhan seperti nyeri, perdarahan, perubahan nadi atau diaforesis18. Bersihkan anus dengan cara menyiramkan air dan usap dengan kapas dari arah depan ke belakang. Bila sudah bersih lalu keringkan dengan tisu19. Buang kapas cebok dan tisu ke dalam bengkok20. Angkat pispot21. Angkat perlak dan pengalas22. Ganti selimut mandi dengan selimut pasien23. Bantu klien memakai pakaian bagian bawah24. Rapikan pasien25. Buka pintu dan sampiran26. Bereskan alat dan bawa pot ke spoel hok dibuang dan dibersihkan kemudian kembalikan ketempat semula
--	--

	27. Lepaskan sarung tangan 28. Mencuci tangan D. Terminasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpamitan dengan pasien 2. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan Catat konsistensi feses, warna, bau, cacing, lendir, darah 3. Berikan edukasi kepada pasien untuk membantu mencegah pembentukan impaksi fekal di masa mendatang
--	--

5.3 Standar Prosedur Operasional Eliminasi Urine

Buang Air kecil (BAK) adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urin dengan membantu BAK pada pasien di Tempat tidur. Buang Air Kecil merupakan kebutuhan setiap manusia yang harus terpenuhi. Tindakan memberikan bantuan yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine karena ketidakmampuan atau keterbatasan untuk melakukan sendiri karena masalah imobilitas fisik atau keadaan sakit

Tabel 5.5: Standar Prosedur Operasional Membantu pasien menggunakan Urinal untuk berkemih

Pengertian	Membantu pasien yang tidak mampu ke kamar mandi berkemih secara mandiri sehingga harus memenuhi kebutuhan berkemih dengan menggunakan urinal
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kebutuhan eliminasi perkemihan 2. Membantu pasien yang kehilangan kontrol BAK
Persiapan alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pispot/steek pan tertutup dan urinal 2. Botol berisi air 3. Tisu 4. Bengkok 5. Sampiran 6. Perlak dan pengalas 7. Selimut mandi

Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> A. Pra Interaksi <ul style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat 2. Mendekatkan B. Orientasi <ul style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam teraupetik, panggil nama klien dengan lengkap 2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya 4. Menanyakan kesiapan pasien sebelum melakukan tindakan C. Interaksi/Kerja <ul style="list-style-type: none"> 1. Tutup pintu, pasang sampiran 2. Pasang selimut mandi, Bantu pasien menanggalkan pakaian bawah 3. Minta pasien mebengkokkan lututnya dan mengangkat bokong (kalau perlu dibantu oleh perawat) 4. Letakkan Pispot dibawah bokong (untuk wanita) atau di antara kedua paha dengan ujung penis masuk kelubang urinal (untuk pria) 5. Anjurkan pasien untuk berkemih, tinggalkan pasien selama 2-3 menit atau sampai pasien memberi tanda atau tetap tinggal bersama pasien jika pasien memerlukan bantuan 6. Setelah selesai, bersihkan dengan tisu kloset lalu buang ke dalam bengkok 7. Angkat pengalas dan gulung selimut mandi 8. Buka kembali pintu dan sampiran 9. Bereskan alat dan rapikan pasien D. Terminasi <ul style="list-style-type: none"> 1. Berpamitan dengan pasien 2. Mencuci tangan 3. Catat urine yang keluar: volume (banyak/sedikit), warna, darah/nanah serta adanya keluhan lain
----------	--

Kateterisasi Perkemihan

Kateterisasi Perkemihan adalah tindakan memasukkan kateter melalui uretra dan masuk ke dalam kandung kemih. Hal ini dilakukan hanya jika sangat dibutuhkan, karena terdapat bahaya masuknya mikroorganisme kedalam

kandung kemih. Oleh karena itu digunakan teknik steril yang ketat dalam katerisasi.

Tabel 5.6: Standar Prosedur Operasional Pemasangan Kateter Urine pada Pasien Laki-laki

Pengertian	Memasang selang kateter urine ke dalam kandung kemih melalui uretra pada pasien laki-laki
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghilangkan ketidaknyamanan karena distensi kandung kemih 2. Mengosngkan kandung kemih secara lengkap 3. Mendapatkan specimen urine steril 4. Mengatasi retensi perkemihan 5. Mengetahui residu urine setelah miksi 6. Mengatasi obstruksi aliran urine 7. Therapeutic: memenuhi kebutuhan eliminasi urine 8. Katerisasi menetap dan katerisasi sementara
Persiapan alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan steril 2. Kateter urine sesuai ukuran 3. Urine bag dan penggantungnya 4. Sputit berisi 20 ml aquades/Na Cl atau sesuai anjuran Pabrik 5. Jeli lidokain 2% 6. Cairan antiseptik 7. Sarung tangan bersih 8. Kom 9. Wadah sampel urine jika perlu 10. Kapas/kasa dan cairan antiseptik 11. Perlak dan pengalas 12. Bengkok 13. sampiran
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> A. Pra interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengecekan program terapi 2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir) B. Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan menyapa pasien 2. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah

	<p>prosedur</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien <p>C. Interaksi/Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaga Privasi pasien dengan memasang sampiran 2. Atur posisi pasien telentang dengan kaki abduksi 3. Letakkan perlak dan pengalas dibawah bokong, letakkan bengkok di antara kedua paha 4. Tutup area pinggang dengan selimut 5. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 6. Pasang sarung tangan bersih 7. Bersihkan area genetalia dengan kapas/kasa dan cairan antiseptik 8. Bilas dan keringkan, kemudian lepaskan sarung tangan bersih 9. Buka set kateter steril dan alat-alat steril lainnya dan tempatkan di atas steril dengan tetap mempertahankan teknik aseptik 10. Pasang sarung tangan steril 11. Sambungkan kateter dengan urine bag 12. Pegang penis tegak lurus dengan tangan yang nondominan dan masukkan 10 ml jeli ke dalam meatus uretra dengan tangan dominan 13. Tutup meatus uretra dengan jari telunjuk selama 1-2 menit 14. Masukkan kateter kedalam meatus uretra secara perlahan dengan tangan dominan sampai pangkal kateter sambil menganjurkan tarik nafas dalam 15. Lakukan fiksasi internal dengan memasukkan aquades/NaCl untuk mengembangkan balon kateter 16. Tarik kateter perlahan sampai terasa ada tahanan untuk emastikan kateter terfiksasi dengan baik dalam kandung kemih
--	---

	<ol style="list-style-type: none">17. Lepaskan sarung tangan steril18. Lakukan fiksasi eksternal dengan plester diarea abdomen bawah dengan penis mengarah ke dada19. Gantungkan urine bag dengan posisi lebih rendah dari pasien20. Pasang sarung tangan bersih dan ambil sampel urine segera dari urine bag, jika perlu21. Lepaskan sarung tangan bersih22. Merapikan pasien dan lingkungan <p>D. Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Berpamitan dengan pasien2. Bereskan alat-alat kembalikan ke tempat semula3. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah4. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan (warna, urine, jumlah urine yang keluar, jumlah aquades/NaCl untuk mengembangkan balon, tanggal/waktu dipasang) dan respon pasien
--	--



Gambar 5.2: Membersihkan meatus urinari pria (Fundamentals of Nursing Vol 2-9th Indonesian edition: Fundamentals of- Patricia A. Potter , Anne G. Perry, Patricia A. Stockert, Amy Hall)

Tabel 5.7: Standar Prosedur Operasional Pemasangan Kateter Urine pada Pasien perempuan

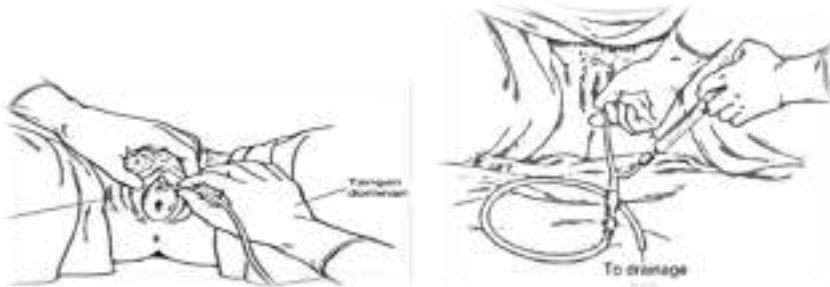
Pengertian	Memasang selang kateter urine ke dalam kandung kemih melalui uretra pada pasien perempuan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghilangkan ketidaknyamanan karena distensi kandung kemih 2. Mengosngkan kandung kemih secara lengkap 3. Mendapatkan specimen urine steril 4. Mengatasi retensi perkemihan 5. Mengetahui residu urine setelah miksi 6. Mengatasi obstruksi aliran urine 7. Theraupetic: memenuhi kebutuhan eliminasi urine 8. Katerisasi menetap dan katerisasi sementara
Persiapan alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan steril 2. Kateter urine sesuai ukuran 3. Urine bag dan penggantungya 4. Sputit berisi 20 ml aquades/Na Cl atau sesuai anjuran Pabrik 5. Jeli lidokain 2% 6. Cairan antiseptik 7. Sarung tangan bersih 8. Kom 9. Wadah sampel urine jika perlu 10. Kapas/kasa dan cairan antiseptik 11. Perlak dan pengalas 12. Bengkok 13. sampiran
Prosedur	<p>E. Pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengecekan program terapi 2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir) <p>B. Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan menyapa pasien 2. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien

	<p>C. Interaksi/Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jaga Privasi pasien dengan memasang sampiran2. Atur posisi <i>Dorsal recumbent</i> (kedua lutut dilipat diregangkan/dibuka telapak kaki menapak diatas tempat tidur. Letakkan bengkok di antara kedua paha3. Letakkan perlak dan pengalas dibawah bokong4. Tutup area pinggang dengan selimut5. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah6. Pasang sarung tangan bersih7. Bersihkan area perineum dengan kapas/kasa dan cairan antiseptik8. Bilas dan keringkan, kemudian lepaskan sarung tangan bersih9. Buka set kateter steril dan alat-alat steril lainnya dan tempatkan di atas steril dengan tetap mempertahankan teknik aseptik10. Pasang sarung tangan steril11. Sambungkan kateter dengan urine bag12. Lumasi ujung kateter 2,5-5 cm dengan jeli13. Buka kedua labia minora dengan ujung ibu jari dan telunjuk tangan nondominan14. Masukkan kateter 5-7,5 cm kedalam meatus uretra secara perlahan sambil menganjurkan tarik nafas dalam15. Lakukan fiksasi internal dengan memasukkan aquades/NaCl untuk mengembangkan balon kateter16. Tarik kateter perlahan sampai terasa ada tahanan untuk memastikan kateter terfiksasi dengan baik dalam kandung kemih17. Lepaskan sarung tangan steril18. Lakukan fiksasi eksternal dengan plester diarea paha dalam19. Gantungkan urine bag dengan posisi lebih rendah dari pasien
--	---

	<ol style="list-style-type: none">20. Pasang sarung tangan bersih dan ambil sampel urine segera dari urine bag, jika perlu21. Lepaskan sarung tangan bersih22. Merapikan pasien dan lingkungan <p>D. Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Berpamitan dengan pasien2. Bereskan alat-alat kembalikan ke tempat semula3. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah4. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan (warna, urine, jumlah urine yang keluar, jumlah aquades/NaCl untuk mengembungkan balon, tanggal/waktu dipasang) dan respon pasien
--	--



Gambar 5.3: Membersihkan perineum wanita (Fundamentals of Nursing Vol 2-9th Indonesian edition: Fundamentals of.-Patricia A. Potter, Anne G. Perry, Patricia A. Stockert, Amy Hall)

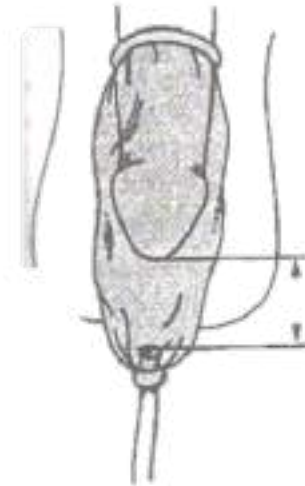


Gambar 5.4: a. Memasukkan kateter, b. Memompa balon kateter retensi (Fundamentals of Nursing Vol 2-9th Indonesian edition: Fundamentals of- Patricia A. Potter, Anne G. Perry, Patricia A. Stockert, Amy Hall)

Tabel 5.8: Standar Prosedur Operasional Pemasangan Kondom Kateter

Pengertian	Tindakan ini dilakukan dengan memasang kateter kondom pada pasien yang inkontinensia atau pasien koma yang masih mempunyai fungsi pengosongan kandung kemih utuh
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan higiene perineal pasien inkontinensia 2. Mempertahankan eliminasi perkemihan
Persiapan alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan 2. Air dan Sabun 3. Strip elastis 4. Kateter kondom 5. Perlak dan pengalas 6. Kantung penampung urine 7. Handuk dan waslap 8. Sampiran
Prosedur	<p>A. Pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengecekan terapi 2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tempat tanggal lahir) 3. Menempatkan alat di dekat pasien <p>B. Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam 2. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur

	<p>pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien <p>C. Interaksi/Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privasi pasien dengan memasang sampiran 2. Pasang perlak dan pengalas 3. Gunakan sarung tangan 4. Atur posisi pasien telentang, letakkan bengkok diantar kedua paha 5. Bersihkan daerah genetalia dengan air sabun, bilas dengan air hingga bersih dan keringkan 6. Lakukan pemasangan kondom dengan disisakan 2,5-5 cm ruang antara glans penis dengan ujung kondom 7. Letakkan pangkal kateter pada batang penis dengan perekat elastis dan jangan terlalu ketat 8. Hubungkan ujung kondom kateter dengan kantong penampung urine 9. Posisikan pasien pada posisi yang aman <p>D. Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merapikan pasien dengan lingkungan 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membersihkan alat-alat dan kembalikan ketempat semula 4. Mencuci tangan 5. Catat prosedur dan respon pasien
--	--



Gambar 5.5: Penggunaan kateter kondom (Potter dan Perry, 1997)

Bab 6

Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Aktivitas sesuai SPO

6.1 Kebutuhan Aktivitas

Dalam upaya menjaga kualitas hidup yang baik, penting untuk memperhatikan kebutuhan akan aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi dan usia. Aktivitas fisik adalah bagian dari integral dari gaya hidup sehat yang tidak hanya meningkatkan kebugaran fisik tetapi juga mendukung kesejahteraan secara keseluruhan. Keadaan sehat seseorang tidak hanya terlihat dari kemampuannya tapi dari berbagai aspek kesehatan lainnya seperti status kesehatan mental, kondisi jantung, dan sistem imun yang baik. Namun, sistem saraf dan muskuloskeletal memainkan peran penting dalam mendukung kemampuan tersebut (Hidayat, 2012; Nurfantri et al., 2022)

6.2 Ambulasi dan Mobilisasi

Ambulasi adalah tindakan berjalan kaki, baik dengan atau tanpa bantuan alat bantu seperti tongkat, walker, atau kruk. Mobilisasi adalah proses membantu pasien bergerak dari satu posisi ke posisi lain. Ini dapat mencakup membantu pasien bangun dari tempat tidur, duduk di kursi, atau berdiri dari kursi. Mobilisasi penting untuk membantu pasien mempertahankan kekuatan, stamina, dan fleksibilitas, serta untuk mencegah komplikasi seperti luka tekan akibat posisi berbaring (Kozier et al., 2010).

6.2.1 Prosedur Ambulasi

1. Prosedur Ambulasi Memberi Posisi Duduk di Tempat Tidur
Membantu pasien duduk di tempat tidur dari posisi berbaring merupakan langkah awal dalam proses ambulasi. Berikut adalah prosedur ambulasi untuk membantu pasien duduk di tempat tidur (Nurfantri et al., 2022):
 - a. Tahap Pra Interaksi
 - 1) Lakukan verifikasi pengobatan yang dijalani oleh klien
 - 2) Cuci Tangan
 - b. Tahap Orientasi
 - 1) Berikan salam dan identifikasi klien
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien atau keluarga
 - 3) Tanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan
 - c. Tahap Kerja
 - 1) Jaga privasi klien
 - 2) Tempatkan klien pada posisi terlentang dan tinggikan bed pasien setara tinggi pusat perawat
 - 3) Pindahkan semua bantal
 - 4) Posisi menghadap kepala tempat tidur
 - 5) Regangkan kedua kaki perawat dengan kaki paling dekat ke kepala tempat tidur di belakang kaki yang lain.

- 6) Tempatkan tangan yang lebih jauh dari klien di bawah bahu klien, sokong kepalanya dan vetebra servikal
 - 7) Tempatkan tangan perawat yang lain pada permukaan tempat tidur
 - 8) Angkat klien ke posisi duduk dengan memindahkan berat badan perawat dari depan kaki ke belakang kaki
 - 9) Dorong melawan tempat tidur dengan tangan di permukaan tempat tidur
- d. Tahap Terminasi
- 1) Evaluasi hasil Tindakan
 - 2) Informasikan Tindakan selanjutnya
 - 3) Cuci tangan
2. Prosedur Ambulasi Duduk di Tepi Tempat Tidur
- Membantu pasien duduk di tepi tempat tidur dari posisi berbaring merupakan langkah penting dalam proses mobilisasi dan persiapan untuk ambulasi. Berikut adalah prosedur ambulasi untuk membantu pasien duduk di tepi tempat tidur(Hidayat, 2012; Nurfantri et al., 2022; Zulaikha, 2019)
- a. Tahap Pra Interaksi
- 1) Lakukan verifikasi program pengobatan pada klien
 - 2) Cuci tangan
- b. Tahap Orientasi
- 1) Berikan salam dan identifikasi pasien
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga
 - 3) Tanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan
- c. Tahap Kerja
- 1) Jaga privasi klien
 - 2) Tempatkan pasien pada posisi miring, menghadap perawat di sisi tempat tidur tempat ia akan duduk
 - 3) Tinggikan kepala tempat tidur pada ketinggian yang dapat ditoleransi pasien
 - 4) Berdiri pada sisi panggul klien yang berlawanan

- 5) Balikkan secara diagonal sehingga perawat berhadapan dengan pasien dan menjauh dari sudut tempat tidur
 - 6) Regangkan kaki perawat dengan kaki paling dekat ke kepala tempat tidur di depan kaki yang lain
 - 7) Tempatkan lengan yang lebih dekat ke kepala tempat tidur di bawah bahu pasien, sokong kepala dan lehernya
 - 8) Tempatkan tangan perawat yang lain di atas paha pasien
 - 9) Pindahkan tungkai bawah klien dan kaki ke tepi tempat tidur
 - 10) Tempatkan poros ke arah belakang kaki, yang memungkinkan tungkai atas pasien memutar ke bawah
 - 11) Pada saat bersamaan, pindahkan berat badan perawat ke belakang tungkai dan angkat pasien
 - 12) Tetap didepan pasien sampai mencapai keseimbangan
 - 13) Turunkan tinggi tempat tidur sampai kaki menyentuh lantai
- d. Tahap Terminasi
- 1) Evaluasi hasil tindakan
 - 2) Pamitan dengan klien
 - 3) Informasikan tindakan selanjutnya
 - 4) Cuci tangan
 - 5) Dokumentasi Tindakan keperawatan
3. Prosedur Ambulasi Memindahkan Pasien dari Tempat Tidur ke Kursi Roda
- Memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi roda adalah aktivitas penting yang harus dilakukan dengan hati-hati dan benar untuk menghindari cedera bagi pasien dan petugas kesehatan. Berikut adalah panduan langkah demi langkah untuk memindahkan pasien dengan aman (Black, Joyce M., Hawks, 2014; Wahyuni, 2017):
- a. Tahap Pra Interaksi
- 1) Lakukan verifikasi program pengobatan pada klien
 - 2) Cuci tangan
- b. Tahap Orientasi
- 1) Berikan salam dan identifikasi pasien
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga

- 3) Tanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan
- c. Tahap Kerja
 - 1) Rendahkan posisi tempat tidur hingga posisi terendah sehingga kaki klien bisa menyentuh lantai
 - 2) Letakkan kursi roda sejajar dan sedekat mungkin dengan tempat tidur
 - 3) Kunci roda, turunkan sandaran kaki kursi roda
 - 4) Bantu posisi klien duduk di tepi tempat tidur
 - 5) Letakkan tangan klien diatas permukaan tempat tidur atau diatas kedua bahu perawat sehingga klien dapat mendorong tubuhnya sambil berdiri, lingkari tubuh klien dengan kedua tangan perawat
 - 6) Bantu klien berdiri dan bergerak bersama – sama
 - 7) Bantu posisi klien tegak pada beberapa saat 10. Bantu klien untuk duduk
 - 8) Pastikan keselamatan pasien
 - 9) Turunkan sandaran kaki dan letakkan kedua kaki klien diatasnya
- d. Tahap Terminasi
 - 1) Evaluasi hasil tindakan
 - 2) Informasikan tindakan selanjutnya
 - 3) Cuci tangan
 - 4) Dokumentasi Tindakan keperawatan
4. Prosedur Ambulasi Memindahkan Pasien dari Tempat Tidur ke Brankar
 - a. Tahap Pra Interaksi
 - 1) Lakukan verifikasi program pengobatan pada klien
 - 2) Cuci tangan
 - b. Tahap Orientasi
 - 1) Berikan salam dan identifikasi pasien
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga

- 3) Tanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan
- c. Tahap Kerja
- 1) Perawat memastikan alat brankar dalam kondisi baik dan layak pakai
 - 2) Kunci brankar, posisikan brankar 90^o terhadap tempat tidur pasien, dua atau tiga perawat menghadap ke tempat tidur pasien.
 - 3) Silangkan tangan pasien ke depan dada dan rapatkan kedua kaki pasien
 - 4) Perawat menekuk kedua lututnya dan memasukkan tangan dibawah tubuh pasien.
 - 5) Perawat pertama, meletakkan tangan di bawah leher atau bahu, perawat kedua meletakkan tangan dibawah pinggang dan pinggul sedangkan perawat lain menempatkan tangan dibagian pinggul dan kaki pasien
 - 6) Pada hitungan ketiga, angkat pasien secara bersama-sama ke brankar



Gambar 6.1: Ambulasi pasien ke brankar dengan dua perawat
(Dody Arisandi, 2018)

- d. Tahap Terminasi
- 1) Evaluasi hasil tindakan
 - 2) Informasikan tindakan selanjutnya
 - 3) Cuci tangan
 - 4) Dokumentasi Tindakan keperawatan

6.2.2 Prosedur Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau pergerakan yang dilakukan pasien setelah beberapa jam pasca operasi. Tujuannya adalah untuk membantu pemulihan pasien dan mencegah komplikasi (Ria Irawati & Dewi Sartiya Rini, 2018; Sylvia & Rasyada, 2023). Adapun prosedur mobilisasi dini yaitu:

1. Tahap pra interaksi
 - a. Lakukan verifikasi program pengobatan pada klien
 - b. Cuci tangan
2. Tahap orientasi
 - a. Berikan salam dan identifikasi pasien
 - b. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga
 - c. Tanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum tindakan dilakukan
3. Tahap kerja

Pada 6 jam pertama pasca operasi

 - a. Menjaga privasi pasien
 - b. Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang
 - c. Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit
 - d. Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama setengah menit
 - e. Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas
 - f. Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali
 - g. Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki

Pada 6-10 jam berikutnya

 - a. Latihan miring kanan dan kiri

- b. Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan klien berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain

Pada 24 jam post operasi

- a. Posisikan semi fowler 30-400 secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan
- b. Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduk

Pada hari ke dua post operasi

- a. Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan Pada hari ke 3 post SC 1. Pasien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai
- b. Jika pasien merasa kuat dibolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur

4. Tahap terminasi

- a. Evaluasi hasil tindakan
- b. Informasikan tindakan selanjutnya
- c. Cuci tangan
- d. Dokumentasi Tindakan keperawatan

6.2.3 Prosedur Range Of Motion (ROM)

Range of Motion (ROM) adalah latihan yang sangat penting untuk membantu pasien yang mobilitas sendinya terbatas, baik karena penyakit, disabilitas, maupun trauma. Latihan ini bertujuan untuk memulihkan dan menjaga fleksibilitas serta rentang gerak sendi, sehingga pasien dapat kembali melakukan aktivitasnya secara normal (Anggriani et al., 2018; Rahmawati & Yuda, 2022; Rismawati et al., 2022)

1. Jenis ROM

a. ROM aktif

Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif).

b. ROM pasif

Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif).

c. ROM aktif dengan bantuan

Klien melakukan gerakan ROM dengan sedikit bantuan dari perawat.

2. Indikasi

a. Klien dengan tirah baring yang lama.

b. Pasien dengan penurunan tingkat kesadaran.

c. Kelemahan otot.

d. Fase rehabilitasi fisik

3. Kontra Indikasi

a. Klien dengan fraktur.

b. Klien dengan peningkatan tekanan intrakranial.

c. Trombus/emboli pada pembuluh darah.

d. Kelainan sendi atau tulang.

e. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung

4. Prosedur

a. Berikan informasi kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan

b. Kaji kemampuan rentang gerak sendi

c. Berikan informasi kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan

d. Kaji kemampuan rentang gerak sendi pada masing-masing sendi yang akan dilatih

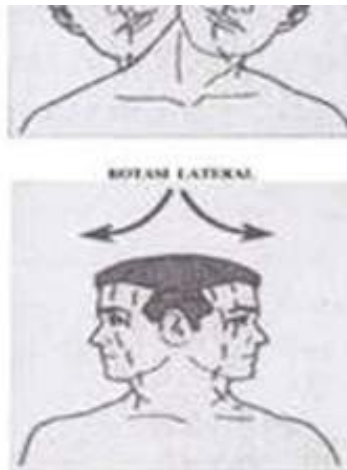
e. Lakukan pengukuran rentang gerak sendi dengan menggunakan goniometer

f. Kaji kekuatan otot

g. Lakukan latihan rentang gerak sendi sesuai kebutuhan pasien ROM aktif, pasif atau aktif dengan bantuan, jika terdapat kontraktur pada sendi, atau kelemahan pada otot, lakukan latihan dengan menyokong sendi yang bersangkutan

1) Gerakan leher:

- a) Fleksi: arahkan dagu ke sternum, upayakan untuk menyentuh sternum (ROM 45 derajat)
- b) Extensi: posisikan kepala pada posisi semula/netral (ROM 45 derajat)
- c) Hiperextensi: gerakkan kepala ke arah belakang/tengadah sejauh mungkin (ROM 10 derajat)
- d) Fleksi lateral: gerakkan kepala ke arah bahu, lakukan sesuai kemampuan (ROM 40-45 derajat)
- e) Rotasi: pertahankan wajah ke arah depan lalu lakukan gerakan kepala memutar membentuk gerakan melingkar (ROM 360 derajat)

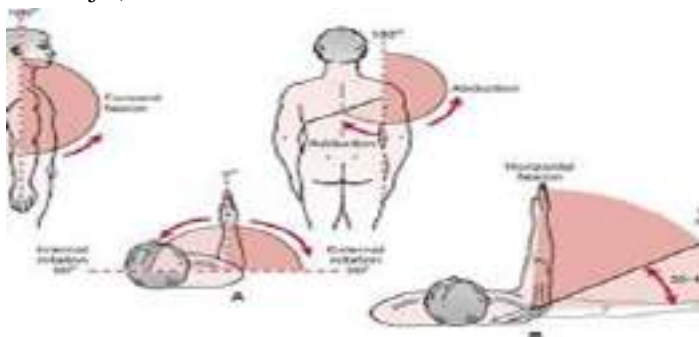


Gambar 6.2: Fleksi leher (Jamaludin et al., 2022)

2) Bahu

- a) Fleksi: letakkan kedua lengan pada sisi tubuh, perlahan angkat lengan ke arah depan mengarah ke atas kepala, lakukan sesuai batas kemampuan (ROM 180 derajat)

- b) Extensi: gerakan lengan kembali mengarah ke sisi tubuh (ROM 180 derajat)
- c) Hiperextensi: pertahankan lengan pada sisi tubuh dengan lurus, lalu perlahan gerakkan lengan ke arah belakang tubuh (ROM 45-60 derajat)
- d) Abduksi: angkat lengan lurus ke arah sisi tubuh hingga berada di atas kepala dengan mengupayakan punggung tangan mengarah ke kepala dan telapak tangan ke arah luar (ROM 180 derajat)
- e) Adduksi: turunkan kembali lengan mengarah pada tubuh dan upayakan lengan menyilang di dipan tubuh sejauh yang klien dapat lakukan
- f) Rotasi internal: lakukan fleksi pada siku 45 derajat, upayakan bahu lurus dan tangan mengarah ke atas, lalu gerakkan lengan ke arah bawah sambil mempertahankan siku tetap fleksi dan bahu tetap lurus
- g) Rotasi external: dengan siku yang dalam keadaan fleksi, gerakkan kembali lengan ke arah atas hingga jari-jari menghadap ke atas (ROM 90 derajat)
- h) Sirkumduksi: luruskan lengan pada sisi tubuh, perlahan lakukan gerakan memutar pada sendi bahu (ROM 360 derajat)



Gambar 6.3: Gerakan abduksi ekstremitas atas (Medika Prahardian et al., 2023)

- 3) Siku
 - a) Fleksi: angkat lengan sejajar bahu. Arahkan lengan ke depan tubuh dengan lurus, posisi telapak tangan menghadap ke atas, perlahan gerakkan lengan bawah mendekati bahu dengan membengkokkan pada siku dan upayakan menyentuh pada bahu (ROM 150 derajat)
 - b) Extensi: gerakkan kembali lengan hingga membentuk posisi lurus dan tidak bengkok pada siku (ROM 150 derajat)
- 4) Lengan bawah
 - a) Supinasi: rendahkan posisi lengan, posisikan telapak tangan mengarah ke atas (ROM 70-90 derajat)
 - b) Pronasi: gerakkan lengan bawah hingga telapak tangan menghadap ke atas (ROM 70-90 derajat)
- 5) Pergelangan tangan
 - a) Fleksi: luruskan tangan hingga jari-jari menghadap ke depan, perlahan gerakkan pergelangan tangan hingga jari-jari mengarah ke bawah (ROM 80-90 derajat)
 - b) Extensi: lakukan gerakan yang membentuk kondisi lurus pada jari-jari, tangan dan lengan bawah (ROM 80-90 derajat)
 - (1) Hiperekstensi: gerakkan pergelangan tangan, hingga jari-jari mengarah ke arah atas. Lakukan sesuai kemampuan
 - (2) Abduksi: gerakkan pergelangan tangan dengan gerakan ke arah pasien jari (ROM 30 derajat)
 - (3) Adduksi: gerakkan pergelangan tangan secara lateral dengan gerakan ke arah jari kelingking (ROM 30-50 derajat)
- 6) Jari tangan
 - a) Fleksi: lakukan gerakan mengepal ROM 90 derajat)
 - b) Extensi: luruskan jari-jari ROM 90 derajat)

- c) Hiperextensi: bengkokkan jari-jari ke arah belakang sejauh mungkin (ROM 30-60 derajat)
 - d) Abduksi: renggangkan seluruh jari-jari hingga ke 5 jari bergerak saling menjauhi
 - e) Adduksi: gerakkan kembali jari-jari hingga ke 5 jari saling berdekatan
- 7) Pinggul
- a) Fleksi: arahkan kaki ke depan dan angkat tungkai perlahan pada posisi lurus, (ROM 90-120 derajat)
 - b) Extensi: turunkan kembali tungkai hingga berada pada posisi sejajar dengan kaki yang lainnya (ROM 90-120 derajat)
 - c) Hiperextensi: luruskan tungkai, perlahan gerakkan tungkai ke arah belakang menjauhi tubuh (ROM 30-50 derajat)
 - d) Abduksi: arahkan tungkai dengan lurus menjauhi sisi tubuh ke arah samping (ROM 30-50 derajat)
 - e) Adduksi: arahkan tungkai dengan lurus mendekati sisi tubuh, lakukan hingga kaki dapat menyilang pada kaki yang lain (ROM 30-50 derajat)
 - f) Rotasi internal: posisikan kaki dengan jari-jari menghadap ke depan, perlahan gerakkan tungkai berputar ke arah dalam (ROM: 90 derajat)
 - g) Rotasi eksternal: arahkan kembali tungkai ke posisi semula yaitu posisi jari kaki menghadap ke depan (ROM: 90 derajat)
 - h) Sirkumduksi: gerakkan tungkai dengan melingkar (ROM 360 derajat)
- 8) Lutut
- a) Fleksi: bengkokkan lutut, dengan mengarahkan tumit hingga dapat menyentuh paha bagian sbelakang (ROM 120-130 derajat)

- b) Extensi: arahkan kembali lutut hingga telapak kaki menyentuh lantai (ROM 120-130 derajat)
- 9) Pergelangan kaki
- a) Dorsifleksi: gerakkan pergelangan kaki hingga jari kaki mengarah ke atas, lakukan sesuai kemampuan (ROM 20-30 derajat)
 - b) Platarfleksi: gerakkan pergelangan kaki hingga jari-jari mengarah ke bawah (ROM 20-30 derajat)
- 10) Kaki
- a) Inversi: lakukan gerakan memutar pada kaki, arahkan telapak kaki ke arah medial (ROM 10 derajat)
 - b) Eversi: lakukan gerakan memutar pada kaki, arahkan telapak kaki ke arah lateral (ROM 10 derajat)
 - c) Fleksi: arahkan jari-jari kaki ke bawah (ROM 30-60 derajat)
 - d) Extensi: luriskan kembali jari-jari kaki (ROM 30-60 derajat)
 - e) Abduksi: regangkan jari-jari kaki hingga jari-jari saling menjauhi (ROM 15 derajat)
 - f) Adduksi: satukan kembali jari-jari kaki hingga jari-jari saling rapat (ROM 15)
 - g) Dokumentasikan: kemampuan rentang gerak sendi, kekuatan otot pada ekstremitas, kondisi sendi seperti kontraktur, krepitasi ataupun nyeri

6.2.4 Latihan Fisik

Latihan fisik adalah kegiatan terstruktur dan teratur untuk meningkatkan kebugaran dan kesehatan meliputi durasi, frekuensi, waktu, intensitas dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Tujuan latihan fisik adalah mengembalikan kondisi optimal individu sehingga dapat beraktivitas sehari-hari dan lebih produktif. Salah satu Latihan fisik yang aman dan mudah adalah berjalan kaki (Rini, 2022).

Berjalan kaki yang dilakukan selama 15 minggu memberikan efek terhadap kemampuan responden dalam beraktivitas ditandai dengan peningkatan jarak

tempuh responden dalam tes uji berjalan 6 menit. Peningkatan jarak tempuh setelah rutin berjalan kaki selama 15 minggu menjadi bukti adanya pengaruh yang signifikan latihan fisik secara terstruktur terhadap kapasitas fungsional paru.

Adapun tahapan berjalan kaki yang benar sebagai berikut (Ginting et al., 2022; Rini, 2019; Saputra et al., 2023):

1. Tahap persiapan

a. Pada tahapan ini, mengajarkan responden cara menghitung denyut nadi dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1) Posisikan tangan kiri dengan posisi menengadiah



2) Letakkan tiga jari yaitu jari manis, jari tengah dan jari telunjuk tangan kanan anda pada pergelangan tangan kiri (lakukan sebaliknya jika melakukan di tangan kanan)



3) Rasakan adanya denyutan

4) Hitung denyutan yang muncul dalam 15 detik lalu dikalikan 4 hasil denyutan dalam 15 detik tersebut atau dengan

menghitung denyutan yang muncul dalam 1 menit. Maka itulah denyutan nadi saudara dalam 1 menit

5) Lakukan sampai saudara terampil

- b. Hitung denyut nadi maksimum dengan cara: $220 - \text{umur (tahun)}$
Misalnya: umur responden 30 tahun, maka nadi maksimum = $220 - 30$, sehingga denyut nadi maksimumnya 190 x/menit.
Denyut nadi target pada latihan adalah 60%-70% dari denyut nadi maksimum sehingga responden 30 tahun memiliki denyut nadi target: 114x/menit-152x/menit

2. Tahapan pelaksanaan

a. Pemanasan

- 1) Berdiri tegak, kaki dibuka selebar bahu dan kedua tangan diatas kepala sambil diregangkan sampai hitungan ke 8 kemudian lakukan gerakan yang sama dengan posisi tangan di depan dada lalu di belakang punggung



- 2) Masih dengan posisi berdiri tegak, tangan direntangkan kesamping kemudian memutar badan ke kiri sampai hitungan ke 8 setelah itu memutar badan ke kanan dengan hitungan yang sama



- 3) Berdiri tegak dan kaki dibuka lebih lebar lagi, kemudian tekuk lutut kanan dan berat badan diarahkan ke sisi kanan sedang kaki kiri tetap lurus. Lakukan sampai hitungan ke 8 kemudian lakukan gerakan yang sama ke arah sebelah kiri.



- 4) Berdiri dengan posisi tegak, kemudian angkat tumit kanan sehingga ujung kaki masih menyentuh tanah, putar sendi kaki kesatu arah sebanyak 8 kali hitungan, lalu ke arah yang berlawanan dalam 8 kali hitungan. Lakukan gerakan yang sama untuk tumit kiri.



- 5) Masih dengan posisi tegak, lakukan gerakan jalan ditempat dalam 8 kali hitungan.

- 6) Setelah semua gerakan selesai, hitung denyut nadi setelah pemanasan kemudian setelah itu saudara sudah bisa melakukan program berjalan kaki.
- b. Berjalan kaki
 - 1) Mulai berjalan kaki dengan kecepatan yang sama dengan tes awal yang dilakukan di Rumah Sakit
 - 2) Jika keadaan stabil atau tidak ada keluhan pada 5 menit pertama cobalah menghitung denyut nadi saudara. Jika denyut nadi belum mencapai denyut nadi target maka tingkatkan kecepatan berjalan.
 - 3) Lanjutkan berjalan dan pada menit ke 15, cobalah hitung denyut nadi.
 - a) Jika denyut nadi telah mencapai denyut nadi target maka kecepatan berjalan dipertahankan.
 - b) jika denyut nadi belum mencapai denyut nadi target maka kecepatan ditingkatkan
 - 4) Terus berjalan sampai menyelesaikan program berjalan kaki 30 menit.
 - 5) Lakukan latihan yang sama pada hari berikutnya dan hitung pula denyut nadi setelah pemanasan, 5 menit pertama, 15 menit kemudian dan setelah pendinginan
 - 6) Lakukan latihan ini secara teratur minimal 3 kali seminggu
 - 7) Jika ada keluhan sesak napas, nyeri dada atau kelelahan selama latihan berlangsung maka segera hentikan latihan
 - 8) Catat denyut nadi setelah pemanasan, 5 menit pertama, 15 menit dan setelah pendinginan serta keluhan yang dirasakan saat program berjalan kaki dilakukan pada lembar observasi
3. Pendinginan
 - a. Gerakan yang sama dengan gerakan saat pemanasan
 - b. Hitung denyut nadi 1 menit setelah pendinginan

Responden tidak boleh berjalan kaki jika:

1. Pada saat anda menderita sakit. Sakit apa saja termasuk demam, anda tidak boleh melakukan latihan berjalan.
2. Pada saat anda semalam kurang tidur maka kemampuan fisik akan menurun sehingga latihan dapat diundur keesokan harinya.

Bab 7

Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Perawatan Diri sesuai SPO

7.1 Pendahuluan

Sebagai makhluk bio-psiko-sosio-spiritual, manusia memiliki kebutuhan-kebutuhan guna keberlangsungan hidupnya. Manusia membutuhkan berbagai unsur penting sebagai upaya mempertahankan keseimbangan hidupnya, baik bersifat fisiologis maupun psikologis. Unsur-unsur yang dibutuhkan manusia untuk mempertahankan hidup dan kesehatannya tersebut disebut sebagai kebutuhan dasar atau basic needs. Abraham Maslow dalam Teori Hierarkinya menyampaikan bahwa manusia memiliki Kebutuhan dasar yang terbagi atas lima tingkatan, yaitu kebutuhan fisiologis (seperti bernafas menghirup oksigen dan mengeluarkan karbon, makan makanan bergizi, minum cairan dan elektrolit serta eliminasi dan sex), keamanan, cinta rasa memiliki dan dimiliki, harga diri, dan aktualisasi diri (Ernawati, 2012).

Kebutuhan dasar masing-masing manusia bersifat heterogen meskipun sebenarnya pada dasarnya setiap orang memiliki dorongan kebutuhan yang relative sama. Perbedaan jenis dan karakteristiknya dipengaruhi oleh berbagai

faktor seperti lingkungan social dan budaya di mana seseorang tersebut tinggal atau hidup. Manusia di dalam upaya memenuhi kebutuhannya tersebut akan mempertimbangkan berbagai kepentingan dan situasi, mempertimbangkan mana yang akan dipenuhi terlebih dahulu sesuai skala prioritas. Setiap kegagalan yang dialami dalam memenuhi kebutuhannya akan menjadikan manusia mencari upaya lebih keras, dan memikirkan strategi yang lebih baik untuk memenuhi atau mendapatkannya.

Di antara berbagai kebutuhan dasar yang ada, kebutuhan yang paling mendasar adalah kebutuhan fisiologis. Salah satu dari kebutuhan fisiologis yang harus dipenuhi oleh seseorang untuk Kesehatan dan kesejahteraan mereka adalah kebutuhan akan kebersihan diri (personal hygiene). Kebersihan diri merupakan hal penting yang dilakukan seseorang untuk memelihara kesehatan dan kesejahteraan diri sendiri baik secara fisik maupun mental (Saputra, 2013). Menurut Virginia Henderson Kebutuhan kebersihan diri merupakan salah satu dari 14 macam kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi seseorang. Perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia dalam menjaga kebersihan dirinya guna mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan hidupnya. Seseorang dikatakan terganggu kebutuhan perawatan dirinya jika ia tidak dapat melakukan perawatan dirinya seperti biasanya, yang disebabkan karena sakit, baik fisik maupun mentalnya (Direja, 2015).

Perawatan diri dan kebersihan diri sehari-hari dalam kehidupan seseorang merupakan hal yang sangat penting yang harus diperhatikan dan dipenuhi, baik pada orang yang sehat maupun sakit, karena kebersihan diri seseorang akan berpengaruh terhadap kondisi fisik dan psikisnya. Ambarwati (2014) menyatakan bahwa personal hygiene merupakan salah satu tindakan keperawatan dasar yang rutin dilakukan oleh perawat setiap hari di rumah sakit. Hal tersebut dikarenakan pasien yang dirawat di rumah sakit umumnya mengalami kelemahan dan penurunan kekuatan sehingga mereka tidak mampu memenuhinya secara mandiri. Personal hygiene termasuk aktivitas yang bisa dimasukkan kedalam tindakan pencegahan primer yang spesifik (specific primary prevention). Hal tersebut menjadi penting karena personal hygiene yang baik akan meminimalkan tubuh atau kulit menjadi pintu masuk (port d'entry) mikroorganisme yang ada di lingkungan sekitar, dan pada akhirnya dapat mencegah seseorang terkena gangguan penyakit. Sebagaimana disampaikan Saryono & Widianti (2014), bahwa personal hygiene yang tidak baik akan mempermudah seseorang terserang berbagai penyakit seperti

penyakit kulit, penyakit infeksi, penyakit mulut, dan penyakit saluran cerna atau bahkan dapat menghilangkan fungsi pada bagian tubuh tertentu.

Berbagai kondisi pasien yang memerlukan bantuan perawat dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri atau personal hygiene antara lain: pasien dengan masalah stroke, fraktur ekstermitas, dan pasien-pasien yang memerlukan immobilisasi fisik di tempat tidur. Melakukan praktik hygiene yang baik sama halnya dengan melakukan praktek peningkatan hidup sehat. Dengan implementasi tindakan personal hygiene pada pasien, atau membantu anggota keluarga melakukan tindakan itu saat di rumah sakit, berarti perawat menambah dan mempercepat tingkat kesembuhan pasien. Mengajarkan cara perawatan diri pada pasien akan mendorong pasien turut berperan aktif dalam meningkatkan kesehatan dan menjadi partisipan dalam perawatan diri (Potter & Perry 2017). Bila seseorang menderita sakit, biasanya hal tersebut terjadi karena masalah kebersihan yang kurang diperhatikan. Hal ini terjadi karena seseorang biasanya menganggap masalah kebersihan sebagai masalah sepele, padahal jika hal tersebut dibiarkan terus dapat memengaruhi kesehatan secara umum dan bisa membahayakan nyawa dan kehidupannya.

Secara normal seseorang yang dinyatakan sehat akan mampu memenuhi kebutuhan personal hygienenya sendiri. Orang yang sakit akan memerlukan bantuan perawat, baik sebagian atau secara keseluruhan dalam melakukan perawatan diri secara rutin. Setyowati & Murwani (2018) memaparkan bahwa Perawat memiliki tanggung jawab dan peran yang besar dalam menilai kemampuan serta membantu perawatan diri pasien selama menjalani perawatan baik di rumah maupun rumah sakit. Kebutuhan perawatan diri yang terpenuhi akan membuat pasien menjadi bersih dan merasa nyaman. Selanjutnya selain itu, perawatan diri yang baik akan membantu pasien mencegah infeksi, meningkatkan sirkulasi darah, mempertahankan integritas kulit dan jaringan, serta menjadikan pasien merasa lebih tenang, nyaman dan rileks. Potter & Perry (2017) menegaskan bahwa peran perawat pada kasus pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene adalah melakukan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa, menyusun perencanaan, melakukan implementasi, dan melakukan evaluasi keperawatan

7.2 Pengertian Perawatan Diri

Kebersihan diri atau perawatan diri berasal dari bahasa Yunani personal yang memiliki arti perorangan, dan hygiene yang memiliki pengertian sehat. Menurut Tarwoto dan Wartonah (2015), perawatan diri adalah suatu tindakan yang dilakukan seseorang untuk memelihara kebersihan dan kesehatannya guna mencapai kesejahteraan baik fisik maupun psikis. Pengertian senada juga disampaikan Alimul (2015) bahwa kebersihan diri merupakan aktivitas perawatan diri sendiri yang dilakukan guna mempertahankan kesehatannya baik secara fisik maupun psikologis. Personal hygiene adalah aktivitas perawatan diri yang dilakukan seseorang dengan cara melakukan beberapa kegiatan fungsional sehari-hari seperti mandi, toileting, kebersihan rambut, berpakaian dan berhias. Istilah lain yang sering digunakan untuk kebutuhan ini adalah perawatan diri (self care).

Perawatan diri sebagai sebuah kebutuhan, dalam pemenuhannya merupakan hal yang sangat personal dan ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk di dalamnya adalah nilai-nilai dan praktik individual. Perawatan diri terdiri atas berbagai aktivitas, meliputi perawatan kulit, rambut, kuku, gigi, rongga mulut dan hidung, mata, telinga, dan area perineum-genital. Salah satu peran Perawat adalah menentukan Tingkat kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dan kemandiriannya dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya tersebut sesuai dengan kebutuhan dan pilihan pasien. Pada lingkungan rumah atau keluarga, perawat akan membantu pasien dan anggota keluarganya dalam beradaptasi dan menerapkan teknik hygiene yang paling tepat dan sesuai. Saat melakukan asuhan keperawatan, perawat akan mengkaji status fisik dan emosional pasien, dan selanjutnya menyusun perencanaan tindakan yang tepat dan sesuai, lalu mengimplementasikan serta mengevaluasinya.

7.3 Tujuan Perawatan Diri

Secara umum tujuan dari perawatan diri adalah menjaga dan mempertahankan kesehatan serta kemampuannya dalam melakukan perawatan diri, baik secara sendiri maupun melalui bantuan. Tujuan lebih khusus adalah melatih cara hidup sehat serta bersih dengan cara memperbaiki gambaran atau persepsi terhadap kesehatan dan kebersihan. menciptakan penampilan yang sesuai

dengan kebutuhan dan nilai-nilai kesehatan. Tujuan lain yaitu memberikan rasa nyaman dan rileks untuk menghilangkan kelelahan, serta mencegah infeksi mencegah gangguan sirkulasi darah dan mempertahankan integritas pada jaringan (Alimun 2015). Kebersihan pribadi membantu seseorang tetap bersih, akan meningkatkan rasa percaya diri dan berdampak positif pada hubungan antar pribadi, serta mengurangi risiko penyakit dan kondisi medis negatif yang disebabkan oleh kebersihan yang buruk. Perawatan diri juga dapat mendeskripsikan dan menjelaskan kegunaan atau faedah perawatan diri dalam mempertahankan hidup sehat, dan menggapai kesejahteraan hidup. Jika dilakukan secara efektif upaya perawatan diri dapat memberikan kontribusi bagi integritas fungsi tubuh dan perkembangan manusia (Asmadi, 2018). Hal yang sama juga dikemukakan oleh Natalia (2015) bahwa tujuan perawatan diri yang dilakukan oleh seseorang akan meningkatkan derajat kesehatan.

7.4 Jenis Perawatan Diri

7.4.1 Kebersihan Diri

Kebersihan diri merupakan serangkaian kebutuhan dan aktivitas perawatan diri yang meliputi berbagai bagian mulai dari perawatan kulit, perawatan kaki dan kuku, perawatan mulut, perawatan rambut, perawatan telinga mata dan hidung serta perawatan alat kelamin. Secara rinci dijabarkan dalam penjelasan sebagai berikut:

Perawatan Kulit

Kulit merupakan bagian penting dari tubuh karena merupakan bagian tubuh terbesar dan menunjang penampilan, sehingga perawatan kulit menjadi hal penting dari perawatan diri secara keseluruhan karena kulit dapat agen pelindung utama tubuh dari berbagai risiko paparan lingkungan termasuk kuman atau trauma. Diperlukan perawatan yang adekuat dan cukup dalam Upaya mempertahankan fungsinya dalam kondisi apapun termasuk dalam kondisi sedang sakit dan menjalani perawatan di rumah sakit. Secara umum aktivitas menjaga kebersihan kulit salah satunya dilakukan dengan cara mandi. Mandi merupakan aktivitas menjaga kebersihan kulit yang meliputi kemampuan membersihkan dan menggosok badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air bersih, pengaturan suhu atau aliran air mandi,

menyiapkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta kemampuan dalam masuk dan keluar serta penggunaan kamar mandi secara tepat.

Potter dan Perry (2017) menyatakan bahwa mandi memiliki beberapa tujuan, antara lain meliputi: 1) Membersihkan kulit: membersihkan dan mengurangi keringat serta bau, membersihkan kuman atau bakteri, sebum dan kotoran lemak kulit, sel-sel kulit yang mati, serta mengurangi dan mencegah iritasi kulit, juga mengurangi kesempatan terjadinya infeksi. 2) Merangsang sirkulasi darah: penggunaan air hangat saat mandi akan merangsang dan meningkatkan sirkulasi darah dan kulit yang baik dan dilakukan melalui usapan yang lembut pada ekstremitas dan seluruh permukaan kulit. 3) Peningkatan citra diri: melalui mandi akan meningkatkan sensasi relaks dan perasaan nyaman serta segar kembali setelah seharian beraktivitas 4) Pengurangan bau badan: sekresi atau pengeluaran keringat yang berlebihan saat beraktivitas dari kelenjar aprokin, dapat menumpuk dan tidak mudah mengering pada lokasi dan area ketiak sehingga menyebabkan bau badan yang kurang sedap, dengan penggunaan antiperspiran saat mandi dapat meminimalkan bau badan yang kurang sedap. 5) Peningkatan rentang gerak: gerakan yang dilakukan ekstremitas saat seseorang mandi akan merangsang dan mempertahankan fungsi sendi baik kaki maupun tangan.

Menurut alimul (2015) usaha untuk membersihkan kulit dapat dilakukan dengan cara mandi dua kali sehari secara teratur, prinsip yang harus diperhatikan saat mandi adalah gunakan sabun yang tidak bersifat iritatif terhadap kulit, lakukan penyabunan secara merata pada seluruh tubuh, selalu perhatikan area yang banyak lipatan kulit seperti sela-sela jari, ketiak, belakang telinga, dan selangkangan. Gunakan sabun mandi secara khusus untuk wajah yang sudah dipastikan keamanan dari kemungkinan alergi, segera mengeringkan seluruh tubuh dengan handuk mulai dari wajah tangan badan hingga kaki.

Perawatan Kaki dan Kuku

Menjaga kebersihan kaki dan kuku merupakan salah satu aspek penting karena berbagai kuman dapat masuk ke dalam tubuh melalui kuku baik tangan maupun kaki. Sudah semestinya aku ku selalu tetap dalam keadaan sehat dan bersih. Kaki dan kuku merupakan bagian tubuh yang memerlukan perhatian spesial guna mencegah infeksi, bau tidak sedap, dan cedera pada jaringan kulit disekitar kuku. Dalam pelaksanaannya perawatan kaki dan kuku dapat digabungkan bersamaan saat mandi atau bisa pula dilakukan pada waktu yang

terpisah. Orang sering tidak menyadari akan bahaya masalah kaki dan kuku, sering menyepelekan sampai terjadi masalah gangguan Kesehatan seperti nyeri atau ketidaknyamanan. Beberapa masalah sering terjadi karena perawatan yang salah atau kurang perhatian terhadap Kesehatan kaki dan tangan seperti kebiasaan menggigit kuku atau pemotongan yang tidak benar, terpapar dengan zat-zat kimia yang tajam dan berbahaya, dan juga karena pemakaian atau penggunaan sepatu yang tidak sesuai.

Berbagai cara merawat kaki dan kuku dapat dilakukan dengan prinsip-prinsip berikut ; jangan memotong kuku terlalu pendek dan dipotong dalam bentuk lurus bentuk jari kaki jangan membersihkan kotoran di balik kuku dengan benda tajam karena bisa merusak dan risiko mencederai jaringan dibawah kuku, potong kuku seminggu sekali atau disesuaikan dengan kebutuhan khusus, untuk kuku ibu jari sebaiknya dipotong segera setelah mandi dan setelah direndam. Jangan melakukan kebiasaan menggigit kuku karena bisa merusak bagian kuku yang sehat.

Perawatan Mulut

Melakukan perawatan mulut akan membantu mempertahankan status kesehatan mulut, gigi, gusi dan bibir. Banyak sekali manfaat yang bisa didapat melalui kebiasaan merawat gigi dan mulut. Menggosok gigi akan membersihkan gigi dari partikel-partikel makanan, plak dan bakteri pada gigi. Menggosok gigi akan membantu memasase gigi dan mengurangi ketidaknyamanan yang dihasilkan dari bau dan rasa yang tidak nyaman di sekitar gigi. Dental flossing akan membantu lebih lanjut dalam mengangkat plak dan tartar di antara gigi. Untuk mengurangi inflamasi gusi dan infeksi. HieGINE mulut yang lengkap dapat memberikan perasaan nyaman dan sehat, selanjutnya dapat merangsang nafsu makan, Perawatan mulut yang tepat akan mencegah berbagai penyakit mulut dan kerusakan pada gigi lebih lanjut.

Beberapa hal atau aktivitas yang bisa dilakukan dalam menjaga atau merawat kesehatan mulut pasien antara lain adalah sebagai berikut ; Perawatan mulut harus diberikan atau dilakukan secara rutin dan teratur setiap hari. Berapa kali frekuensi tindakan perawatan pada mulut bergantung pada banyak hal, utamanya adalah bergantung pada kondisi rongga mulut dan kondisi gigi. Tidak makan makanan yang terlalu manis atau asam karena dapat memicu kerusakan lapisan email gigi. Cegah kerusakan gigi dengan tidak menggunakan gigi untuk menggigit dan mencongkel benda keras. Membersihkan dengan serat flossing untuk membersihkan gigi pada area yang

sulit dijangkau menggunakan sikat gigi biasa. Lakukan kebiasaan memeriksakan gigi secara teratur setiap enam bulan sekali, gosok gigi dengan teliti menggunakan sikat yang lembut sedikitnya 4 kali sehari setelah makan dan khususnya sebelum tidur.

Perawatan Rambut

Penampilan dan kepercayaan diri salah satunya ditunjukkan melalui penampilan dan juga persepsi seseorang tentang kondisi atau keadaan rambut mereka. Kondisi sakit dan kelemahan yang dialami seseorang akan menghalangi seseorang tersebut dalam melakukan pemeliharaan kebersihan dan kerapian rambutnya secara mandiri tanpa bantuan orang lain. Melakukan Tindakan merawat rambut melalui kegiatan menyisir, menyikat dan keramas atau bershampo merupakan cara-cara higienis pada semua klien yang Tengah menjalani perawatan di rumah sakit. Kondisi distribusi pola pertumbuhan rambut dapat menjadi salah satu indikator status kesehatan seseorang. Secara umum perubahan hormonal yang terjadi, kondisi stres emosional yang dialami, adanya perubahan kondisi atau kesehatan fisik, faktor usia atau proses penuaan, adanya infeksi yang dialami dan juga penggunaan obat-obatan tertentu bisa memengaruhi keadaan rambut seseorang menjadi tidak adekuat. Seseorang yang tidak melakukan Tindakan menyisir rambut atau tidak mau merapikan rambut mungkin disebabkan adanya penurunan minat terhadap kebersihan, bisa juga karena kondisi depresi atau tidak memiliki kemampuan karena sedang dalam kondisi sakit.

Penyikatan pada rambut yang lembut seringkali dapat membantu seseorang mempertahankan kebersihan dan kerapian rambutnya, juga bisa mendistribusikan lemak rambut pada kulit kepala sehingga merata melumasi setiap helai rambut. Menyisir akan membantu menata bentuk rambut yang diinginkan, juga akan mencegah kekusutan pada rambut. Klien yang masih memiliki kemampuan merawat rambutnya secara mandiri harus senantiasa disupport untuk melakukan pemeliharaan dan merawat rambut mereka secara rutin setiap hari. Rambut dan kulit kepala akan memiliki kecenderungan untuk menjadi kering dan kusam karena paparan angin, debu dan panas lingkungan, sehingga diperlukan penyisiran rambut sehari-hari, penyikatan yang lembut dan bila perlu penggunaan produk pelembab yang disarankan. Membersihkan rambut dengan shampo atau keramas dapat dilakukan beberapa kali seminggu bergantung pada kebiasaan pribadi dan kondisi rambut klien. Semakin tebal dan panjang rambutnya, semakin banyak aktivitas di luar rumah dan kontak dengan debu atau kotoran maka tentu semakin sering pula harus melakukan

keramas. Klien dapat melakukan pencukuran bulu wajah setelah mandi bagi klien yang mampu melakukan mandi sendiri tanpa bantuan orang lain. Prinsip pelaksanaan dan cara merawat rambut dapat dilakukan dengan mekanisme dan cara-cara berikut ; Melakukan pencucian rambut satu sampai dua kali seminggu sesuai kebutuhan dan kondisi rambut dengan shampo yang sesuai, memangkas rambut agar kelihatan bersih dan rapi, gunakan sisir yang bergerigi besar untuk rambut keriting supaya mencegah kerontokan dan sisir dari arah bagian ujung terlebih dahulu terus ke pangkal, oleskan minyak rambut yang sesuai dengan kebutuhan pribadi klien,

Perawatan Mata, Telinga dan Hidung

Dalam kondisi normal perawatan mata tidak diperlukan karena secara alamiah dan terus-menerus mata telah dibersihkan oleh air mata dari kelenjar lakrimalis yang akan selalu membasahi bola mata. Adanya kelopak mata dan bulu mata akan melindungi masuknya kotoran ke arah mata. Seseorang hanya perlu membersihkan kotoran pada mata dan sekitar dari kotoran mata yang mengering atau basah yang menumpuk pada kantung mata bagian dalam atau karena adanya kerontokan bulu yang mengganjal pada mata. Dengan adanya bulu mata akan dapat menjaga kemungkinan masuknya kotoran atau debu dari udara dan lingkungan. Sebagai pelindung dari bahaya terpaparnya kotoran dan debu seseorang dapat selalu memakai kaca mata bagi yang biasa menggunakannya. Pembersihan mata dapat dilakukan selama mandi dengan mencuci wajah dan sekitar mata, saat pembersihan gunakan waslap bersih yang dilembabkan ke dalam air dengan cara menyeka dari arah dalam keluar kantung mata. Jangan melakukan tekanan langsung di atas bola mata karena dapat menyebabkan cedera yang serius.

Merawat kebersihan telinga memiliki implikasi terhadap Kesehatan telinga, sehingga berdampak dan berpengaruh terhadap ketajaman pendengaran. Bila terdapat substansi lilin atau benda asing berkumpul pada kanal telinga luar, dapat mengganggu konduksi udara, sehingga berpengaruh terhadap kemampuan pendengaran. Membersihkan telinga sebagai alat pendengaran merupakan bagian rutin yang dilakukan saat kegiatan mandi. Bila terdapat kotoran yang menyumbat telinga, maka keluarkan secara pelan dan hati-hati karena saluran telinga sangat peka terhadap sentuhan, tekanan dan rasa sakit. Jangan.. Jangan menggunakan peniti atau jepitan rambut untuk membersihkan kotoran telinga karena dapat berbahaya berisiko perlukaan dan merusak gendang telinga.

Hidung selain merupakan indera penciuman juga berfungsi sebagai pemantau temperatur dan kelembaban udara yang dihirup serta dapat mencegah masuknya partikel asing masuk ke dalam saluran pernafasan. Secara umum perawatan kebersihan hidung cukup sederhana yaitu angkat sekresi dan kotoran pada hidung secara lembut dengan membersihkan kedalam dengan tisu secara lembut secara rutin sebagai aktivitas sehari-hari. Jangan mengeluarkan kotoran pada hidung dengan kasar atau dengan jari karena dapat mengakibatkan tekanan yang mengiritasi mukosa hidung agar tidak kemasukan air atau benda asing terutama yang memiliki ukuran kecil karena dapat berisiko terhisap dan menyumbat jalan nafas. Selain itu benda asing dapat menyebabkan bahaya luka pada membran mukosa. Berdarah adalah tanda kunci dari adanya rudapaksa seperti pengeluaran kotoran yang dilakukan secara kasar, atau adanya luka atau iritasi mukosa atau mukosa yang terlalu kering sehingga menyebabkan perlukaan.

Perawatan Alat Kelamin

Perawatan kebersihan pada alat kelamin dilakukan baik pada pria maupun Wanita. Namun menjaga kebersihan alat kelamin lebih banyak difokuskan pada pada alat kelamin perempuan karena alat kelamin Perempuan lebih kompleks karena terdiri atas berbagai bagian yang lebih berisiko dibanding pria atau laki-laki. Alat kelamin pada perempuan memiliki organ eksternal yang terdiri atas Mons veneris yang terletak di depan simfisis pubis latihan Mayora dan labia minora yang terletak pada lipatan lebih dalam reitoris yang merupakan sebuah jaringan erektil yang serupa dengan penis laki-laki dengan ukuran kecil kemudian terdapat bagian yang terkait disekitarnya meliputi lubang uretra atau vagina perineum dan anus. Umumnya wanita lebih suka melakukan perawatan sendiri tanpa bantuan orang lain apabila mereka masih mampu secara fisik, namun pada kondisi yang sangat lemah dan penurunan kesadaran dapat dilakukan bantuan oleh perawat.

7.4.2 Toileting (BAK dan BAB)

Kegiatan toileting yang normal adalah terjadi karena dipicu adanya dorongan dan keinginan untuk melakukan eliminasi sisa metabolisme. Hasil filtrasi darah oleh ginjal dibuang sebagai urin yang sebelumnya tertampung dalam vesica urinaria. Hasil metabolisme pencernaan ditingkat usus akan menghasilkan residu berupa sisa-sisa dalam bentuk feces dan dikeluarkan melalui anus. Mekanisme toileting baik BAK maupun BAB akan diakhiri dengan masih tertinggalnya sisa-sisa pembuangan disekitar anus dan penis

atau vagina, maka hal tersebut memerlukan upaya pembersihan secara mandiri dan dilakukan rutin setiap hari atau setiap hajat. Dalam kondisi seseorang sakit atau ketidakmampuan melakukan toileting maka membutuhkan pertolongan orang lain. Toileting meliputi kemampuan dalam mendapatkan, atau menggunakan jamban kecil, kemampuan untuk duduk, jongkok atau bangkit dari jamban, melepaskan dan memakai kembali pakaian untuk toileting, membersihkan diri setelah buang air besar (BAB) dan buang air kecil dengan tepat dan menyiram toilet atau kamar kecil (Ambarwati, 2014).

7.4.3 Berpakaian dan Berhias

Ambarwati (2014) menjelaskan bahwa berpakaian dan berhias terdiri atas keterampilan atau kemampuan mengambil dan menyiapkan pakaian dari lemari dan menaruhnya kembali. Menanggalkan atau melepaskan pakaian, mengenakan pakaian dalam, mengancing baju dan celana menggunakan resleting dan kancing, memakai sandal, kaos kaki dan sepatu, menggunakan alat tambahan aksesoris atau perhiasan, memperoleh atau menukar pakaian, memilih pakaian, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan secara tepat sesuai dengan iklim dan kondisi sosial di mana seseorang tersebut tinggal.

Seluruh kegiatan yang berhubungan dengan pakaian dan perhiasan ini tergantung pada kesukaan secara subjektif dan budaya yang ada. Bagi wanita memakai make up, mencukur bulu ketiak dan alis merupakan bagian yang penting dari kerapian dan menunjang penampilan sehingga menambah rasa percaya diri, sedangkan bagi pria mencukur rambut merupakan sesuatu yang sangat penting bagi penampilan dan harga diri mereka. Dalam kondisi normal seseorang dapat melakukan perawatan diri berhubungan dengan berpakaian dan berhias secara mandiri, namun dalam kondisi lemah karena sakit maka semua hal tersebut tidak bisa dilakjkan sehingga memerlukan bantuan perawat.

7.4.4 Makan

Setiap individu yang berada dalam kondisi sehat dan normal memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan makan dan minum secara mandiri tanpa bantuan siapapun. Kemampuan makan dan minum meliputi beragam aktivitas dimuai dari mendapatkan makanan, mempersiapkan makanan, mengambil makanan, menggunakan alat utama dan alat ambahan untuk makan, memasukkan makanan kedalam mulut, memanipulasi makanan dalam

mulut, mengunyah dan menelan makanan dan mencerna makanan menurut cara yang lazim diterima oleh masyarakat, mengambil cangkir atau gelas, dan berdoa sebelum makan (Ambarwati, 2014). Dalam kondisi tertentu karena sakit atau penurunan kemampuan karena factor usia menjadikan seseorang tersebut tidak mampu melakukannya secara mandiri, maka mereka memerlukan bantuan orang lain untuk memenuhinya.

7.5 Prinsip Pelaksanaan Perawatan Diri

Terdapat prinsip-prinsip yang harus diperhatikan oleh perawat dalam melakukan tindakan memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien. Potter dan Perry (2017), menyampaikan prinsip-prinsip tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Perawat harus memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik dan menerapkannya selama berinteraksi dengan klien
2. Perawat harus mampu mengintegrasikan berbagai strategi perawatan secara fleksibel dengan mempertimbangan kondisi dan kemampuan klien.
3. Perawat harus mempertimbangkan faktor karakteristik individu pada setiap klien saat melakukan tindakan, karena setiap klien memiliki keunikan antara satu dengan lainnya.
4. Perawat harus menghormati pilihan budaya, kepercayaan nilai yang dianut dan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya.
5. Perawat tetap harus menjaga kemandirian klien, jangan membuat klien memiliki ketergantungan dengan perawat.
6. Perawat harus selalu menjamin kerahasiaan dan privasi klien dalam setiap tindakan dan pengambilan keputusan.
7. Perawat harus selalu menyampaikan rasa hormat dan penghargaan terhadap setiap kemajuan kondisi klien, serta mendorong klien untuk memperoleh derajat kesehatan yang seoptimal mungkin.

7.6 Asuhan Keperawatan

7.6.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu langkah awal dari proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis untuk melakukan pengumpulan data tentang kondisi klien yang didapatkan dari berbagai sumber, guna mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Olfah & Ghofur, 2016). Pengkajian juga merupakan kegiatan yang dilakukan pada semua fase dalam setiap tahapan proses keperawatan (Kozier et al., 2011). Pengkajian yang dilakukan perawat adalah memeriksa apakah ada masalah dalam personal hygiene pasien, setelah ditemukan maka perawat bertanggungjawab untuk membantu pasien untuk melakukan perawatan diri.

Dalam pengkajian ini hal – hal yang perlu dicari adalah tentang pola kebersihan pasien sehari –hari, sarana dan prasarana yang dimiliki dan factor yang memengaruhi personal hygiene pasien baik itu faktor yang mendukung masalah maupun faktor yang menjadi dasar timbulnya masalah pada personal hygiene pasien. Setelah melakukan ini maka tindak selanjutnya adalah melakukan pemeriksaan fisik. Pengkajian perawat tentang personal hygiene yang meliputi kulit, kaki dan kuku, rambut, gigi dan mulut, mata, hidung, telinga, genitalia, pakaian, dan juga waktu mandi pasien. Pasien yang tidak melakukan kebersihan diri pada saat dirawat di rumah sakit maka akan menimbulkan masalah pada kesehatannya, karena pada konsepnya kebersihan sangat berpengaruh dalam masa pemulihan pasien di rumah sakit.

7.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pengkajian klinis respon klien terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial atau proses kehidupan. Diagnosis terapeutik bertujuan untuk menentukan respons klien individu, keluarga dan komunitas dalam situasi yang berhubungan dengan kesehatan. Defisit perawatan diri merupakan diagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan perawatan diri. Diagnosa ini diberi kode D 0109, masuk dalam kategori perilaku dan merupakan satu-satunya diagnosis pada sub kategori kebersihan diri dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Defisit perawatan diri didefinisikan sebagai ketidakmampuan seseorang melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (PPNI 2018a).

7.6.3 Perencanaan

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk pasien yang membutuhkan perawatan diri harus mempertimbangkan kondisi pasien, dalam hal ini termasuk keadaan emosional pasien, kondisi sosial ekonomi, dan kemampuan fisik pasien. Perawatan yang akan dilakukan harus terlebih dahulu membina hubungan yang baik dengan pasien untuk membantu perawat dalam praktik membantu personal hygiene pada pasien, karena beberapa pasien sangat sensitif mengenai personal hygienenya. Selain perawat, keluarga pasien juga bisa turut membantu dalam pemenuhan personal hygiene pasien bila dibutuhkan atau bila pasien merasa lebih nyaman dengan keluarganya yang membantu dalam melakukan perawatan dirinya. Rencana asuhan keperawatan untuk pasien dengan masalah personal hygiene harus mempertimbangkan hal-hal yang disukai pasien, kesehatan pasien dan keterbatasan yang dimiliki pasien. Selain itu, perawat juga perlu memperhatikan waktu yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan serta fasilitas dan tenaga yang tersedia. Rencana tindakan keperawatan utama bisa merujuk kepada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), meliputi tindakan berikut: dukungan perawatan diri (I.11348), dukungan perawatan diri BAB/BAK (I.11349), dukungan perawatan diri berpakaian atau berhias (I.11350), dukungan perawatan diri makan atau minum (I.11351) dan dukungan perawatan diri mandi (I.11352) (PPNI, 2018b).

7.6.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh tenaga perawat dalam memecahkan masalah yang berhubungan dengan asuhan. Aktivitas implementasi juga mencakup pengumpulan data terus menerus, pemantauan respons klien selama dan setelah prosedur, dan evaluasi informasi baru. Dalam prakteknya, terdapat faktor-faktor yang dapat memengaruhi pemberian asuhan, antara lain: aspek intelektual, teknis dan interpersonal dari praktisi perawat; kemampuan untuk mengevaluasi informasi baru; kreativitas dan inovasi dalam mengubah rencana aksi; penyesuaian dalam interaksi dengan pelanggan; kemampuan mengambil keputusan saat mengubah implementasi; kemampuan untuk memastikan kenyamanan dan keamanan, serta efisiensi operasional (PPNI, 2018b). Perawat perlu memperbanyak wawasan dan referensi manakala harus membuat keputusan terkait intervensi yang mendadak tidak dapat diimplementasikan dikarenakan adanya ketidaksesuaian dengan kondisi

pasien. Perawat harus memperhatikan bahwa meskipun pasien memiliki diagnosa yang sama tapi karena keunikan manusia maka respon pasien bisa berbeda.

7.6.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah fase akhir dari rangkaian proses keperawatan, yang memungkinkan untuk melihat dan mengevaluasi apakah tujuan kerja keperawatan pada pasien dengan gangguan perkembangan saraf telah terpenuhi atau diperlukan pendekatan yang berbeda. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan perencanaan dan implementasi tindakan keperawatan yang dilakukan dengan membandingkannya dengan hasil atau kriteria hasil yang ditetapkan atau direncanakan. Olfah & Ghofur (2016) menyatakan bahwa penilaian merupakan langkah yang menentukan tercapai atau tidaknya tujuan yang direncanakan.

7.7 Standar Prosedur Operasional (SPO)

7.7.1 SPO Perawatan Diri Mandi

1. Pengertian

Perawatan diri mandi merupakan tindakan perawat memandikan pasien ditempat tidur pada pasien yang tidak mampu mandi sendiri.

2. Tujuan

- a. Menjaga kebersihan kulit atau badan
- b. Mencegah terjadinya infeksi pada kulit
- c. Membantu melancarkan sirkulasi darah
- d. Memberikan perasaan nyaman pada pasien

3. Peralatan

- a. Ember atau baskom mandi 2 buah (isi air hangat dan dingin)
- b. Baju untuk ganti
- c. Selimut mandi atau kain penutup
- d. Wash lap mandi 2 buah
- e. Handuk besar dan sedang
- f. Tempat baju kotor

- g. Celemek
 - h. Sabun
 - i. Sarung tangan bersih
 - j. h. Buku untuk mencatat dan bolpoin
4. Prosedur Pelaksanaan
- a. Tahap Orientasi:
 - 1) Bina hubungan (salam, berkenalan)
 - 2) Validasi masalah pasien
 - 3) Kontrak
 - b. Tahap Kerja
 - 1) Mempersiapkan peralatan mandi dan membawa ke dekat pasien
 - 2) Memberikan penjelasan prosedur yang akan dilakukan
 - 3) Mengatur pasien dalam posisi yang nyaman
 - 4) Melakukan cuci tangan sesuai prosedur
 - 5) Mengenakan sarung tangan bersih dan memakai celemek
 - 6) Menanyakan pasien untuk keperluan gosok gigi, BAB atau BAK sebelum mandi (berikan Pot atau urinal bila hendak hajat)
 - 7) Menata atau menyingkirkan bantal/guling yang tidak dipakai
 - 8) Menempatkan selimut mandi atau kain untuk menutup badan pasien (lipatan bagian atas dipegang oleh pasien, lipatan bagian bawah ditarik perawat bersama dengan selimut pasien kearah kaki)
 - 9) Merapikan dan melipat melipat boven laken dan selimut pasien
 - 10) Melepaskan baju pasien dan diletakkan tempat baju kotor
 - 11) Menempatkan handuk sedang dibentangkan dibawah kepala
 - 12) Membasahi dan membersihkan muka, leher dan telinga dengan wash lap
 - 13) Mengambil handuk yang dipasang dibawah kepala
 - 14) Muka, leher dan teling dikeringkan dengan handuk sedang kemudian gantungkan di rak

- 15) Mengambil handuk besar dibentangkan dibawah lengan yang jauh dari badan perawat kemudian dicuci, disabun dan dibersihkan dengan wash lap dari jari sampai ketiak
- 16) Tangan yang habis dicuci dikeringkan dengan handuk
- 17) Melakukan tindakan yang sama untuk tangan satunya
- 18) Mengangkat kedua tangan pasien diletakkan diatas kepala
- 19) Membuka selimut mandi sampai perut bawah
- 20) Handuk dibentangkan diatas selimut (perut bawah)
- 21) Membasahi, menyabun dan mencuci dada, ketiak, perut dengan wash lap lalu mengeringkan dengan handuk
- 22) Selimut ditarik keatas sampai menutup dada
- 23) Memiringkan pasien kearah perawat kemudian bentangkan handuk besar disebelah punggung
- 24) Membasuh, menyabun, membersihkan punggung sampai bokong kemudian keringkan dengan handuk
- 25) Membalikkan pasien ke posisi semula (terlentang)
- 26) Menuangkan talk pada telapak tangan perawat kemudian gosokkan secara merata ke punggung pasien sampai bokong
- 27) Memakaikan pakaian atas pasien yang bersih
- 28) Melepas pakaian bawah pasien dan memasukkan ke tempat pakaian kotor
- 29) Meletakkan handuk dibawah tungkai yang jauh dari badan perawat dengan posisi lutut ditekuk
- 30) Membasuh, menyabun dan mencuci kaki dan mengeringkan dengan handuk kemudian beralih pada kaki satunya dengan cara sama
- 31) Ganti air baskom dengan yang bersih
- 32) Meletakkan handuk dengan dibentangkan dibawah bokong kemudian basuh, sabuni dan bersihkan alat kelamin dan sekitarnya sampai lipatan lalu keringkan dengan handuk
- 33) Memakaikan pakaian bawah pasien
- 34) Menarik selimut pasien keatas dan menarik selimut mandi kebawah

- 35) Merapikan pasien dan membereskan tempat tidur
- 36) Semua alat dibereskan dan melepas sarung tangan
- 37) Mencuci tangan
- 38) Membuka kembali gordena, pintu dan jendela
- c. Tahap Terminasi
 - 1) Evaluasi menanyakan kondisi klien setelah dilakukan tindakan
 - 2) Rencana tindak lanjut
 - 3) Kontrak kegiatan atau tindakan yang akan datang

7.7.2 SPO Perawatan Diri Keramas (Mencuci Rambut)

1. Pengertian

Suatu tindakan perawat membersihkan rambut pada pasien yang tidak dapat membersihkan sendiri dan dilakukan di tempat tidur
2. Tujuan
 - a. Memelihara dan menjaga kebersihan rambut pasien
 - b. Mencegah infeksi pada kulit kepala karena rambut kotor
 - c. Melancarkan peredaran darah kepala pasien
 - d. Memberikan rasa nyaman pasien
3. Peralatan
 - a. Handuk ukuran besar dan sedang
 - b. Talang air
 - c. Peniti
 - d. Kain pel
 - e. Baskom berisi air hangat 2
 - f. Gayung air
 - g. Shampo
 - h. Sisir rambut 2
 - i. Kassa dan kapas
 - j. Ember kosong
 - k. Sarung tangan bersih
 - l. Bengkon berisi larutan desinfektan 2 %
 - m. Celemek perawat

- n. Hair dryer
- 4. Prosedur
 - a. Tahap Orientasi
 - 1) Bina hubungan (salam, berkenalan)
 - 2) Validasi masalah pasien
 - 3) Kontrak
 - b. Tahap Kerja
 - 1) Mempersiapkan peralatan dan membawa ke dekat pasien
 - 2) Memberikan penjelasan tentang tujuan dan prosedur tindakan
 - 3) Mengatur lingkungan menjaga privacy pasien
 - 4) Melakukan cuci tangan sesuai prosedur
 - 5) Memakai sarung tangan dan celemek
 - 6) Mengganti selimut pasien dengan selimut mandi
 - 7) Memposisikan pasien tidur dengan posisi kepala dipinggir tempat tidur
 - 8) Memasang handuk dibentangkan dibawah kepala pasien
 - 9) Meletakkan ember diatas kain pel
 - 10) Memasang talang air dengan ujung masuk dalam ember
 - 11) Menutup dada sampai leher dengan handuk
 - 12) Menyisir rambut pasien kemudian letakkan di tempat alat kotor
 - 13) Lubang telinga pasien ditutup menggunakan kapas dan tutup mata pasien dengan kain kasa
 - 14) Memasahi rambut dengan menyiramkan air hangat, tuangkan shampo dan gosok serta pijit kulit kepala secara perlahan
 - 15) Rambut dibilas dengan air hangat yang bersih
 - 16) Melepaskan kapas penutup telinga dan kasa penutup mata
 - 17) Talang diangkat dan rambut dikeringkan dengan handuk besar
 - 18) Mengeringkan rambut dan menyisir dengan rapi
 - 19) Menempatkan kepala pada bantal yang dialasi handuk kering

- 20) Merapikan pasien, menarik selimut pasien keatas dan menurunkan selimut mandi
 - 21) Melepaskan sarung tangan, celemek, dan mencuci tangan
- c. Tahap Terminasi
- 1) Evaluasi menanyakan kondisi klien setelah dilakukan tindakan
 - 2) Rencana tindak lanjut
 - 3) Kontrak kegiatan atau tindakan yang akan datang

Bab 8

Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Istirahat dan Tidur Sesuai SPO

8.1 Istirahat dan Tidur

Saat beristirahat, orang biasanya merasa rileks secara mental, bebas dari rasa cemas, dan tenang secara fisik. Istirahat bukan berarti tidak beraktivitas. Ketika Anda beristirahat, Anda aktif secara mental, fisik, dan spiritual, merasa segar, segar kembali, dan siap untuk melanjutkan aktivitas hari itu. Orang-orang mempunyai kebiasaan istirahatnya sendiri dan mungkin menemukan cara untuk beradaptasi dengan lingkungan dan kondisi baru yang memengaruhi kemampuan mereka untuk istirahat. Istirahatlah dengan membaca buku, melakukan olahraga santai, mendengarkan musik, berjalan-jalan, atau sekadar duduk tenang. Penyakit atau aktivitas kesehatan yang tidak biasa dapat dengan mudah memengaruhi istirahat dan kebiasaan tidur orang yang dirawat di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya. Di berbagai fasilitas kesehatan, perawat seringkali merawat pasien yang terbaring di tempat tidur untuk mengurangi beban fisik dan psikologis. Namun orang-orang ini belum tentu merasa istirahat. Beberapa orang masih memiliki kekhawatiran emosional

yang menghalangi mereka untuk benar-benar rileks. Misalnya saja kekhawatiran akan keterbatasan fisik atau ketakutan tidak bisa kembali menjalani gaya hidup normal bisa membuat pasien stres dan tidak bisa rileks. Anda harus selalu menyadari kebutuhan pasien akan istirahat. Kurang istirahat dalam jangka waktu lama dapat memperparah penyakit.

Tidur dianggap sebagai keadaan di mana persepsi dan respons seseorang terhadap lingkungan dibatasi. Tidur ditandai dengan aktivitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang berbeda, perubahan proses logika fisik tubuh dan berkurangnya reaksi terhadap rangsangan eksternal.

Sifat siklus tidur diperkirakan dikendalikan oleh pusat di bagian bawah otak. Neuron dalam formasi retikuler batang otak mengintegrasikan informasi dari sistem saraf tepi dan mengirimkan informasi ke korteks serebral. Bagian atas formasi reticular terdiri dari reticular activating system (RAS), jaringan serabut saraf menaik yang terlibat dalam siklus tidur-bangun. Neurotransmitter yang ditemukan di neuron di otak memengaruhi siklus tidur-bangun.

8.2 Jenis Tidur

Ada dua jenis tidur: tidur NREM (tidur tanpa gerakan mata cepat) dan tidur REM (tidur dengan gerakan mata cepat). Selama tidur, Anda secara berkala beralih antara tidur non-REM dan tidur REM. Perubahan tidur seseorang dapat dikaitkan dengan perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial.

Teori-teori saat ini berasumsi bahwa tidur adalah proses yang aktif dan terdiri dari beberapa langkah. Gelombang otak, otot, dan aktivitas mata berhubungan dengan berbagai tahapan tidur. Tidur normal terdiri dari dua tahap: tidur gerakan mata tidak cepat (NREM) dan tidur gerakan mata cepat (REM). Dalam siklus tidur NREM, orang yang tidur melewati empat tahap selama siklus tidur 90 menit pada umumnya. Kualitas tidur terus meningkat dari level 1 hingga level 4. Tidur yang lebih nyenyak merupakan karakteristik tahap 1 dan 2, saat orang lebih mungkin untuk terbangun. Fase 3 dan 4 adalah tentang tidur lebih nyenyak, yang disebut tidur gelombang lambat. Tidur REM adalah tahap akhir dari setiap siklus tidur.

8.2.1 Tidur Non REM

Dalam siklus tidur NREM, orang yang tidur melewati empat tahap selama siklus tidur 90 menit pada umumnya. Kualitas tidur terus meningkat dari level 1 hingga level 4. Tidur yang lebih nyenyak merupakan karakteristik tahap 1 dan 2, saat orang lebih mungkin untuk terbangun. Fase 3 dan 4 adalah tentang tidur lebih nyenyak, yang disebut tidur gelombang lambat.

Tahapan Tidur Non REM.

1. Non REM tahap 1.
 - a. Tingkat transisi.
 - b. Merespon cahaya.
 - c. Berlangsung beberapa menit.
 - d. Mudah terbangun dengan rangsangan.
 - e. Aktivitas fisik, tanda-tanda vital, dan metabolisme menurun.
 - f. Bila terbangun terasa sedang mimpi.
2. Non REM tahap 2.
 - a. Periode suara saat tidur.
 - b. Mulai terjadi relaksasi otot.
 - c. Berlangsung 10 sampai 20 menit.
 - d. Fungsi tubuh berlangsung lambat.
3. Non REM tahap 3.
 - a. Awal tahap dari keadaan tidur nyenyak.
 - b. Sulit dibangunkan.
 - c. Relaksasi otot menyeluruh.
 - d. Tekanan darah menurun.
 - e. Berlangsung 15 sampai 30 menit.
4. Non REM tahap 4.
 - a. Tidur nyenyak.
 - b. Sulit dibangunkan butuh stimulus intensif.
 - c. Untuk istirahat, tonus otot menurun.
 - d. Sekresi lambung menurun.
 - e. Gerakan bola mata cepat.

8.2.2 Tidur REM

Tahap ini biasanya dimulai sekitar 90 menit setelah tidur dimulai. Durasi ini meningkat setiap siklus tidur, rata-rata 20 menit. Mimpi yang cerah dan penuh warna lahir. Tahapan lainnya termasuk mimpi yang kurang jelas. Tahap ini ditandai dengan gerakan mata yang cepat, fluktuasi detak jantung dan pernapasan, peningkatan atau fluktuasi tekanan darah, hilangnya tonus otot rangka, dan peningkatan sekresi lambung. Sangat sulit membangunkan orang yang sedang tidur.

Tahapan tidur REM.

1. Tidur REM lebih sulit dibangunkan dibandingkan tidur Non REM.
2. Pada orang dewasa normal tidur REM yaitu 20-25% dari tidur malamnya.
3. Jika individu terbangun pada tidur REM, maka biasanya terjadi mimpi.

Tidur REM penting untuk keseimbangan mental, emosi, juga berperan dalam belajar, memori, dan adaptasi.

8.3 Siklus Tidur

Ritme tidur normal pada orang dewasa dimulai beberapa jam sebelum waktu tidur, dan pada saat itulah rasa kantuk mulai muncul secara bertahap. Periode ini biasanya berlangsung antara 10 dan 30 menit. Namun bila seseorang menderita gangguan tidur, hal itu berlangsung lebih dari satu jam.

Setelah tertidur, orang biasanya mengalami empat atau lima siklus tidur lengkap setiap malam. Setiap siklus tidur terdiri dari empat periode tidur NREM dan satu periode tidur REM (Huether et al., 2012). Setiap siklus memakan waktu kurang lebih 90-100 menit. Pola siklus biasanya berkembang dari tahap 1 hingga 4 tidur NREM, kemudian berbalik dari tahap 4 ke 3 dan 2, dan diakhiri dengan periode tidur REM. Biasanya, orang mencapai tidur REM sekitar 90 menit dalam siklus tidurnya. 75% hingga 80% waktu tidur Anda dihabiskan dalam tidur non-REM. Pada setiap siklus berikutnya, fase 3 dan 4 menjadi lebih pendek dan periode tidur REM menjadi lebih lama. Tidur REM berlangsung hingga 60 menit pada siklus tidur terakhir. Tidak semua orang

melalui tahapan tidur dengan cara yang sama. Misalnya, orang yang tidur berpindah-pindah sebentar antara tahap NREM 2, 3, dan 4 sebelum memasuki tahap REM. Jumlah waktu yang dihabiskan pada setiap tahap bervariasi sepanjang umur. Bayi baru lahir dan anak-anak menghabiskan banyak waktu dalam tidur nyenyak. Seiring bertambahnya usia, tidur kita menjadi lebih terfragmentasi dan kita menghabiskan lebih banyak waktu dalam periode ringan. Transisi ke tidur ringan atau terjaga biasanya terjadi secara tiba-tiba, sedangkan transisi ke tidur nyenyak terjadi lebih lambat. Banyaknya siklus tidur bergantung pada jumlah total waktu yang dihabiskan seseorang untuk tidur.

8.4. Pola Tidur Normal

Durasi dan kualitas tidur berbeda-beda pada setiap orang, berapa pun usianya. Misalnya saja, ada orang yang merasa cukup istirahat setelah tidur 4 jam, sementara ada pula yang butuh tidur 10 jam. Perawat memainkan peran penting dalam mengidentifikasi masalah kurang tidur yang dapat diobati.

8.4.1 Neonatus

Bayi baru lahir hingga usia tiga bulan tidur rata-rata sekitar 16 jam sehari dan tidur hampir terus menerus selama minggu pertama. Siklus tidur biasanya berlangsung 40 hingga 50 menit setelah bangun tidur dan terjadi setelah satu atau dua siklus tidur. Sekitar 50% dari tidur ini adalah tidur REM, yang menstimulasi pusat otak yang lebih tinggi. Hal ini penting untuk perkembangannya karena bayi baru lahir tidak terjaga cukup lama untuk menerima rangsangan eksternal yang signifikan.

8.4.2 Bayi

Bayi biasanya menetapkan jadwal tidur malam pada usia tiga bulan. Bayi biasanya memerlukan beberapa kali tidur siang di siang hari, namun tidur rata-rata 8 hingga 10 jam di malam hari, dengan total 15 jam tidur per hari. Sekitar 30% waktu tidur Anda berada dalam siklus tidur REM. Meski biasanya bayi terbangun di pagi hari, namun tidak jarang bayi terbangun di malam hari.

8.4.3 Toddler

Pada usia 2 tahun, anak biasanya tidur sepanjang malam dan tidur siang setiap hari. Rata-rata total waktu tidur adalah 12 jam per hari. Setelah usia 3 tahun, anak sering kali berhenti tidur (Hockenberry dan Wilson, 2015). Anak kecil biasanya terbangun di malam hari. Proporsi tidur REM terus menurun. Selama periode ini, anak kecil mungkin enggan tidur malam karena kebutuhannya akan kemandirian atau takut berpisah dari orang tuanya.

8.4.4 Pre Sekolah

Rata-rata anak prasekolah tidur sekitar 12 jam setiap malam (sekitar 20 jam tidur REM). Pada usia 5 tahun, tidur siang jarang terjadi, kecuali dalam budaya yang menganggap tidur siang adalah hal yang biasa. Anak-anak prasekolah biasanya mengalami kesulitan bersantai dan menenangkan diri setelah seharian beraktivitas dan mengalami kecemasan akan tertidur, terbangun di tengah malam, atau mengalami mimpi buruk. Setelah terbangun sebagian, anak sering kali kembali ke tidur normal (Hockenberry dan Wilson, 2015) Saat terjaga, anak mungkin menangis sebentar, langkahnya cepat, ucapannya tidak dapat dipahami, berjalan dalam tidur, atau Mengindikasikan enuresis nokturnal.

8.4.5 Usia Sekolah

Jumlah tidur yang dibutuhkan bervariasi berdasarkan tingkatan. Anak usia enam tahun tidur rata-rata 11 hingga 12 jam setiap malam, sedangkan anak usia 11 tahun tidur sekitar 9 hingga 10 jam (Hockenberry dan Wilson, 2015). Seorang anak berusia 6 atau 7 tahun biasanya tidur. Anak yang lebih besar seringkali menolak untuk tidur ketika ada dorongan atau aktivitas karena tidak menyadari kelelahannya atau perlunya tidur sendiri.

8.4.6 Remaja

Rata-rata, mayoritas remaja tidur sekitar 7 jam atau kurang per malam (National Sleep Foundation, 2014d). Tipikal remaja mengalami banyak perubahan, antara lain kelas sekolah, aktivitas sosial sepulang sekolah, dan pekerjaan paruh waktu yang dapat memengaruhi kualitas tidurnya. Remaja sering kali memiliki perangkat elektronik seperti televisi, komputer, ponsel pintar, dan video game di kamar mereka, yang selanjutnya dapat berkontribusi terhadap masalah tidur, kualitas tidur yang buruk, dan kurang tidur (National Sleep Foundation, 2014d). Berkurangnya waktu tidur sering kali menyebabkan

penurunan kinerja di sekolah, peningkatan kerentanan terhadap kecelakaan, masalah perilaku dan suasana hati, serta peningkatan asupan alkohol (Wiggins dan Freeman, 2014).

8.4.7 Dewasa Muda

Kebanyakan anak muda tidur rata-rata 6 hingga 6 jam setiap malam. Sekitar 20% waktu tidur Anda berada dalam tidur REM, yang tetap konstan sepanjang hidup Anda. Hal ini biasa terjadi pada stres kerja, hubungan keluarga, dan aktivitas sosial, dan sering kali menyebabkan insomnia dan penggunaan obat tidur. Kantuk di siang hari berkontribusi terhadap peningkatan kecelakaan, penurunan produktivitas, dan masalah interpersonal pada kelompok usia ini. Kehamilan meningkatkan kebutuhan Anda akan tidur dan istirahat. Namun, mayoritas ibu hamil mengaku mengalami fluktuasi dalam kebiasaan tidurnya. Peningkatan estrogen dan progesteron selama kehamilan memengaruhi tidur. Estrogen telah terbukti menurunkan tidur REM. Gangguan tidur selama 3 bulan pertama meliputi penurunan durasi tidur dan kualitas tidur secara keseluruhan. Kantuk di siang hari, gangguan tidur, dan terbangun di malam hari juga diperparah dengan seringnya buang air kecil. Gangguan ini berkurang selama tiga bulan ke depan (Redeker dan McEnany, 2011). Insomnia, gerakan anggota tubuh secara berkala, dan masalah pernapasan saat tidur adalah masalah umum di akhir kehamilan.

8.4.8 Dewasa Tengah

Pada usia paruh baya (dewasa tengah), jumlah total tidur per malam berkurang. Pada tahap 4, tidur mulai berkurang, dan penurunan tersebut berlanjut seiring bertambahnya usia. Insomnia sangat umum terjadi, mungkin karena perubahan usia paruh baya dan stres. Kecemasan, depresi, atau penyakit fisik tertentu dapat menyebabkan masalah tidur. Wanita dengan gejala menopause seringkali menderita insomnia.

8.4.9 Orang Tua

Keluhan gangguan tidur meningkat seiring bertambahnya usia. Orang dewasa yang lebih tua mengalami kemunduran, yang merupakan proses alami internal yang mengatur siklus tidur-bangun yang tidak sinkron. Episode tidur REM cenderung lebih pendek. Tahap 3 dan 4 tidur NREM berangsur-angsur menurun. Beberapa orang lanjut usia jarang mengalami tahap 4, tidur nyenyak.

Orang lanjut usia lebih sering terbangun di malam hari dan membutuhkan waktu lebih lama untuk tertidur. Kecenderungan untuk tidur siang meningkat seiring bertambahnya usia karena seringnya terbangun di malam hari. Kehadiran penyakit kronis seringkali menimbulkan gangguan tidur pada orang lanjut usia. Misalnya, orang lanjut usia yang menderita radang sendi sering kali mengalami kesulitan tidur karena nyeri sendi. Perubahan pola tidur seringkali disebabkan oleh perubahan sistem saraf pusat yang memengaruhi pengaturan tidur. Banyak orang lanjut usia yang menderita insomnia memiliki penyakit atau kondisi mental yang memengaruhi pola tidur mereka, atau menggunakan obat-obatan atau alkohol.

8.5 Faktor-faktor Memengaruhi Tidur

1. Penyakit.

Seseorang yang mengalami sakit memerlukan waktu tidur lebih banyak dari normal. Namun demikian keadaan sakit menjadikan pasien kurang tidur atau tidak tidur. Misalnya pada pasien dengan masalah gangguan pernapasan seperti asma, bronkitis, penyakit kardiovaskuler dan penyakit saraf.

2. Lingkungan.

Pasien yang biasa tidur pada lingkungan yang tenang, nyaman dan kemudian terjadi perubahan suasana seperti gaduh, maka akan menghambat tidurnya.

3. Motivasi.

Motivasi dapat memengaruhi tidur serta dapat menimbulkan keinginan untuk tetap bangun dan waspada menahan kantuk.

4. Kelelahan.

Kelelahan dapat memperpendek periode pertama dari tidur tahap REM

5. Kecemasan.

Pada keadaan cemas mungkin dapat meningkatkan saraf simpatis sehingga mengganggu tidurnya

6. Alkohol.

Alkohol menekan tidur REM secara normal, seseorang yang tahan minum alkohol dapat mengakibatkan insomnia dan lekas marah.

8.6 Gangguan Tidur

8.6.1 Insomnia

Insomnia adalah ketidakmampuan untuk tertidur atau tetap tertidur. Penderita insomnia tidak merasa istirahat saat bangun tidur. Insomnia adalah masalah tidur yang paling umum di Amerika. Insomnia akut berlangsung satu hingga beberapa malam dan sering kali disebabkan oleh stres atau kekhawatiran pribadi. Bila insomnia berlangsung lebih dari sebulan, maka disebut insomnia kronis. Lebih umum lagi, orang menderita insomnia intermiten kronis. Ini berarti Anda tidak bisa tidur selama beberapa malam, dan kemudian setelah beberapa malam tidur nyenyak, masalahnya kembali lagi. Dua faktor risiko utama insomnia adalah usia tua dan jenis kelamin perempuan. Wanita menderita kurang tidur karena perubahan hormonal (menstruasi, kehamilan, menopause, dll). Insiden insomnia meningkat seiring bertambahnya usia dan diduga disebabkan oleh kondisi medis lainnya. Pengobatan insomnia seringkali mengharuskan klien untuk mengembangkan pola perilaku baru untuk meningkatkan dan mempertahankan tidur.

Contoh terapi perilaku meliputi: Kontrol rangsangan: Menciptakan lingkungan tidur yang mendukung tidur Terapi kognitif: Belajar mengembangkan pikiran dan keyakinan positif tentang tidur Pembatasan tidur: Tidur di tempat tidur Ikuti program yang membatasi waktu dan tidur Anda sepanjang waktu malam. Efektivitas hipnotik jangka panjang masih dipertanyakan. Obat-obatan tersebut tidak mengatasi penyebab masalahnya dan penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan kecanduan narkoba. Antihistamin, seperti diphenhydramine (Benadryl), dianggap lebih aman dibandingkan hipnotik untuk pasien lanjut usia, namun efek sampingnya (seperti efek mirip atropin, pusing, sedasi, dan hipotensi) menjadikannya sangat berbahaya. Faktanya, antihistamin tidak boleh direkomendasikan untuk pasien dengan riwayat asma, peningkatan tekanan intraokular, hipertiroidisme, penyakit kardiovaskular, atau hipertensi.

8.6.2 Hipersomnia

Hipersomnia adalah suatu kondisi di mana seseorang cukup tidur di malam hari namun tidak mampu tetap terjaga di siang hari. Hipersomnia dapat disebabkan oleh kondisi medis seperti kerusakan sistem saraf pusat, ginjal, hati tertentu, atau gangguan metabolisme seperti asidosis diabetik dan hipotiroidisme. Hipersomnia jarang mempunyai penyebab psikologis.

8.6.3 Narkolepsi

Narkolepsi adalah gangguan tidur siang berlebihan yang disebabkan oleh kekurangan zat kimia hipokretin pada sistem saraf pusat. Penderita narkolepsi mengalami serangan tidur berlebihan dan kantuk di siang hari, dan tidur biasanya dimulai pada periode REM. (Mimpi itu terjadi 15 menit setelah tertidur). Sebagian besar klien mengalami kelemahan atau kelumpuhan otot secara tiba-tiba disertai dengan emosi yang kuat, kelumpuhan tidur (kelumpuhan sementara saat tertidur atau bangun), dan halusinasi hipnagogik (halusinasi visual, pendengaran, dan sentuhan saat tertidur atau bangun tidur), atau juga mengalami depresi halusinasi yang terputus. istirahat malam. Tidur malamnya yang terfragmentasi bukanlah penyebab tidur siang yang berlebihan. Banyak pelanggan, terutama pelanggan muda, tidur nyenyak di malam hari namun tidak dapat tetap terjaga di siang hari. Gejala biasanya muncul antara usia 15 dan 30 tahun, dan tingkat keparahan gejala biasanya stabil dalam 5 tahun pertama setelah timbulnya penyakit. Stimulan sistem saraf pusat, seperti methylphenidate (Ritalin) dan amfetamin, telah digunakan untuk mengurangi rasa kantuk yang berlebihan di siang hari. Mirip dengan kafein, xanthenes merangsang korteks serebral dan meningkatkan kewaspadaan. Antidepresan biasanya sangat efektif dalam mengendalikan cataplexy. Modafinil secara (Provigil) memiliki efek psikoaktif yang mengubah suasana hati, kognisi, berpikir, dan mengontrol tidur siang berlebihan pada pasien dengan narkolepsi. Meskipun mekanisme kerja pastinya tidak diketahui, obat ini memiliki efek samping yang lebih sedikit dibandingkan obat lain dan kecil kemungkinannya untuk disalahgunakan. Modafinil secara juga digunakan untuk sindrom apnea tidur/hipopnea (Frandsen & Pennington, 2014). Sodium oxybate (Xyrem) disetujui untuk pengobatan cataplexy. Hal ini terbukti mengurangi tidur siang berlebihan pada pasien narkolepsi.

8.6.4 Apnea Tidur

Sleep apnea ditandai dengan seringnya napas pendek saat tidur. Semua orang mengalami episode apnea sesekali saat tidur, namun lima atau lebih episode apnea yang berlangsung lebih dari 10 detik per jam dianggap abnormal dan harus diselidiki. Gejala yang mengindikasikan sleep apnea antara lain mendengkur keras, sering terbangun di malam hari, kantuk berlebihan di siang hari, sulit tidur di malam hari, sakit kepala di pagi hari, masalah memori dan kognitif, serta mudah tersinggung. Sleep apnea paling sering didiagnosis pada pria dan wanita pascamenopause, namun bisa juga terjadi pada masa kanak-kanak. Periode apnea yang berlangsung dari 10 detik hingga 2 menit terjadi selama tidur REM atau NREM. Frekuensi episode adalah 50 hingga 600 per malam. Karena rest apnea biasanya dikaitkan dengan agitasi, pasien sering kali melaporkan mengalami tidur yang tidak menyegarkan dan sering tertidur selama aktivitas yang tidak banyak bergerak sepanjang hari. Tiga jenis apnea tidur yang paling umum adalah apnea obstruktif, apnea sentral, dan apnea campuran. Apnea obstruktif terjadi ketika struktur di tenggorokan dan mulut menghalangi aliran udara. Orang-orang selalu berusaha bernapas. Artinya otot dada dan perut Anda akan bekerja.

Pergeseran diafragma menjadi semakin kuat hingga penghalangnya dihilangkan. Pembesaran amandel dan amandel faring, kelainan septum hidung, polip hidung, dan obesitas mengindikasikan apnea obstruktif. Apnea tidur obstruktif biasanya dimulai dengan mendengkur. Setelah itu pernafasan berhenti dan kemudian terdengar, yang disebut pernafasan kembali. Menjelang akhir setiap episode apnea, kadar karbon dioksida dalam darah meningkat dan klien terbangun. Apnea sentral dianggap sebagai cacat pada pusat pernafasan otak. Semua gerakan yang terlibat dalam pernafasan, termasuk gerakan dada dan aliran udara, terhenti. Misalnya, pasien dengan cedera otak atau distrofi otot sering kali menderita apnea tidur sentral. Saat ini tidak ada pengobatan yang tersedia. Apnea campuran adalah kombinasi apnea sentral dan apnea obstruktif. Perawatan untuk apnea tidur menargetkan penyebab apnea tersebut. Misalnya amandel yang membesar bisa diangkat. Prosedur pembedahan lainnya, seperti pengangkatan jaringan berlebih di tenggorokan dengan laser, mungkin efektif dalam mengurangi atau menghilangkan dengkur dan mengurangi apnea. Menurunkan berat badan juga dapat membantu mengurangi keparahan gejala. Sleep apnea dapat sangat mengganggu pekerjaan dan sekolah hingga mencegah serangan jantung. Seiring waktu,

gejala apnea dapat menyebabkan aritmia, hipertensi pulmonal, dan gagal jantung kiri.

8.6.5 Kurang Tidur

Bahkan orang sehat pun bisa merasa mengantuk dan lelah di siang hari jika mereka tidak mendapatkan tidur sebanyak yang mereka butuhkan. Tergantung pada tingkat keparahan dan kronisitasnya, kurangnya perhatian dan kesulitan berkonsentrasi, berkurangnya rentang perhatian, gangguan, penurunan motivasi, kelelahan, malaise, dan terkadang penglihatan ganda dan mulut kering dapat terjadi. Penyebab gejala-gejala ini mungkin terkait atau tidak dengan kurang tidur, karena banyak orang Amerika percaya bahwa tidur 6,8 jam cukup untuk mempertahankan kinerja optimal di siang hari. Faktanya, jumlah tidur orang Amerika telah menurun drastis selama dekade terakhir, dengan rata-rata orang dewasa hanya tidur 6,8 jam pada hari kerja dan 7,4 jam pada akhir pekan. Tidak hanya orang dewasa dan remaja, orang-orang dari segala usia pun mengalami tidur kurang dari jumlah yang disarankan. Anak-anak usia 4 hingga 5 tahun tidur rata-rata kurang dari 9,5 jam, sekitar 1,5 hingga 2,5 jam kurang dari yang direkomendasikan. Meskipun dampak dari tidur kurang optimal umumnya dianggap positif, terdapat semakin banyak bukti bahwa kurang tidur dapat menimbulkan dampak negatif yang signifikan. Tetap terjaga selama 19 jam berturut-turut mengurangi waktu reaksi dan fungsi kognitif seperti halnya kadar alkohol dalam darah 0,05. Tetap terjaga selama 24 jam berturut-turut memiliki efek yang sama pada waktu reaksi dan fungsi kognitif seperti konsumsi alkohol legal. Perawat yang melaporkan durasi tidur yang pendek lebih besar kemungkinannya untuk melakukan kesalahan, kesulitan untuk tetap terjaga di tempat kerja, dan kesulitan untuk tetap terjaga saat dalam perjalanan pulang kerja dibandingkan dengan perawat yang tidur lebih lama. Hal ini biasanya menandakan bahwa Anda kurang tidur.

8.6.6 Parasomnia

Parasomnia adalah sekelompok gangguan tidur yang menyebabkan perilaku tidak normal saat tertidur, saat tidur, atau antara waktu tidur dan terjaga. Parasomnia tidak hanya membuat sulit untuk mendapatkan tidur malam yang nyenyak, tetapi juga dapat mengganggu orang yang tidur di dekatnya. Pasien parasomnia mungkin berbicara, berjalan, atau bertindak agresif saat tidur. Jika ini terjadi, orang-orang di sekitar Anda mungkin mengira Anda sudah bangun. Biasanya ketika saya bangun, saya tidak ingat apa yang saya lakukan atau

katakan. Parasomnia bisa berbahaya karena menyebabkan ketidaksadaran. Gangguan ini juga dapat memengaruhi kualitas tidur Anda sehingga berdampak negatif pada kesehatan Anda.

8.6.7 Penyebab Parasomnia

Siklus tidur normal terbagi menjadi terjaga, gerakan mata tidak cepat (NREM), dan gerakan mata cepat (REM). Fase NREM dibagi lagi menjadi tiga fase sebelum memasuki fase REM. Siklus ini berulang setiap 90 menit sepanjang malam. Parasomnia diduga terjadi karena transisi antara NREM dan REM yang tidak tuntas. Gangguan tidur ini juga diduga disebabkan oleh kondisi medis berikut: kurang tidur, demam, stres, kecemasan atau depresi, PTSD (post-traumatic stress disorder), penggunaan obat penenang, narkolepsi, multiple sclerosis, misalnya gangguan tidur dan gangguan tidur. Saya menderita tumor otak, penyalahgunaan alkohol, dan riwayat keluarga parasomnia.

8.6.8 Jenis-Jenis Parasomnia:

Parasomnia Non-Rapid Eye Movement (NREM)

Ada beberapa jenis kronosomnia gerakan mata non-cepat (NREM). Itu adalah: Agitasi bingung terjadi ketika seseorang tampak bingung meskipun kurang sadar dan kesulitan memahami saat diajak berkomunikasi. Berjalan dalam tidur adalah saat Anda berjalan sambil tidur dengan mata terbuka dan tidak sadar akan lingkungan sekitar. Teror malam (sleep teror) terjadi ketika seseorang berteriak atau menangis dan disertai dengan detak jantung yang cepat, sesak napas, dan berkeringat. Pada kondisi ini, seseorang bisa saja tiba-tiba terbangun dengan perasaan cemas tanpa sebab yang jelas. Gangguan tidur yang disertai dengan perilaku tidak normal seperti melakukan masturbasi saat tidur, saat penetrasi, mengeluarkan suara-suara seperti sedang berhubungan badan, memakan makanan yang tidak dimakan saat bangun, atau berhubungan badan saat tidur.

Parasomnia Rapid Eye Movement (REM)

Setelah tahap tidur NREM berakhir, Anda masuk ke tahap tidur REM. Pada tahap ini, mata bergerak cepat ke belakang kelopak mata dan gelombang otak terlihat sama seperti saat bangun. Fase REM juga ditandai dengan peningkatan detak jantung dan tekanan darah. Pada tahap ini muncul mimpi yang disebut juga bunga tidur. Kelumpuhan sementara pada lengan dan kaki terjadi selama

tidur REM. Parasomnia yang terjadi pada tidur non-REM meliputi gejala berikut: Kelumpuhan tidur atau tidur terisolasi yang berulang. Suatu kondisi yang ditandai dengan ketidakmampuan menggerakkan tubuh meski dalam keadaan terjaga.

Gangguan perilaku tidur REM (RSBD) terjadi ketika Anda melakukan gerakan agresif saat tidur, seperti berbicara, tertawa, berteriak, membentak, menendang, atau meninju. Parasomnia jenis ini sering terjadi pada penderita penyakit neurodegeneratif seperti penyakit Parkinson, demensia tubuh Lewy, dan stroke. Gangguan mimpi buruk terjadi ketika mimpi terasa begitu nyata sehingga dapat dijelaskan secara detail. Kondisi ini lebih mungkin terjadi jika Anda sedang stres, sakit atau lelah, pernah mengalami peristiwa traumatis, atau berada di bawah pengaruh alkohol. Selain itu, ada jenis parasomnia lain, seperti sindrom kepala meledak, menggemeretakkan gigi, halusinasi, dan mengompol. Namun, enuresis nokturnal diklasifikasikan sebagai parasomnia hanya jika terjadi pada anak di atas 5 tahun dan terjadi setidaknya dua kali seminggu selama minimal 3 bulan.

8.6.9 Cara Mengatasi Parasomnia

Untuk menangani parasomnia, dilakukan pemeriksaan fisik dan diambil riwayat kesehatannya, antara lain: B. Pola tidur, obat yang diminum, gaya hidup, penyakit mental, dan riwayat parasomnia dalam keluarga. Selain itu, pemeriksaan lebih lanjut juga harus dilakukan, seperti studi tidur atau polisomnografi, yang mencatat aktivitas otak, pernapasan, dan detak jantung saat tidur. Pengobatan disesuaikan dengan penyebab parasomnia yaitu: Obat: Jenis obat yang dapat diberikan oleh dokter adalah: Topiramate, antidepresan, dopamin aginis, melatonin, clonazepam. Parasomnia sering dikaitkan dengan penyakit mental. Oleh karena itu, biasanya Anda disarankan menjalani terapi perilaku kognitif (CBT), seperti psikoterapi, terapi relaksasi, atau hipnoterapi. Selain pengobatan, sebaiknya Anda juga memperhatikan kebersihan tidur dan membiasakan tidur dan bangun pada waktu yang sama setiap harinya.

8.7 Standar Operasional prosedur

8.7.1 Ritual Tidur

1. Definisi Prosedur Ritual tidur adalah memberikan suatu kegiatan ritual untuk mengatasi gangguan tidur yang menyebabkan tidak nyaman atau memengaruhi gaya pengalaman hidup.
2. Tujuan ; Sebagai acuan dalam melaksanakan langkah-langkah ritual mengatasi gangguan waktu tidur.
3. Pengkajian: Cek catatan medis dan catatan keperawatan.
4. Persiapan alat:
 - a. Radio.
 - b. Tape Recorder.
 - c. Buku Cerita.
 - d. Alat beribadah.
 - e. Makanan dan minuman kesukaan klien.
5. Pre Interaksi.
 - a. Memperkenalkan diri.
 - b. Memberikan salam dan menyebutkan nama klien.
 - c. Menjaga privasi.
6. Tahap Orientasi
 - a. Memberikan penjelasan tentang tujuan dan prosedur.
 - b. Memberikan kesempatan klien untuk bertanya.
 - c. Menanyakan persetujuan kepada klien.
7. Tahap Kerja
 - a. Mencuci tangan.
 - b. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin.
 - c. Mempersiapkan lingkungan yang tenang, pasang penyekat kalau Perlu mematikan lampu kamar/pasang lampu tidur yang redup.
 - d. Modifikasi lingkungan yang menunjang istirahat tidur.
 - e. Menggali kebiasaan ritual tidur pasien.
 - f. Memfasilitasi ritual tidur (sesuai kebutuhan klien)

- 1) Beribadah: seperangkat alat ibadah disesuaikan dengan agamanya masing-masing
 - 2) Membaca.
 - 3) Minum susu.
 - 4) Mendengarkan radio.
 - 5) Menonton televisi.
 - 6) Mengobrol berbincang-bincang
 - g. Mengobservasi tidur pasien nyenyak tidak.
 - h. Mencuci tangan.
8. Evaluasi
- a. Setelah bangun tidur mengobservasi keadaan pasien.
 - b. Mendokumentasikan tindakan dan respon pasien.

8.7.2 Relaksasi Otot Progresif

1. Definisi: suatu cara dari teknik relaksasi yang mengkombinasi latihan nafas dalam dan serangkaian kontraksi dan relaksasi otot yang sangat mudah dan praktis dikarenakan gerakannya mudah dan dapat dilakukan kapan pun dan di manapun.
2. Tujuan: Teknik relaksasi otot progresif adalah mampu membantu mengatasi masalah pada pola tidur dengan mengubah kondisi fisiologis yang tegang menjadi lebih rileks.
3. Indikasi untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif meliputi kondisi pada seseorang yang mengalami insomnia, sering stres, kecemasan dan depresi.
4. Persiapan alat:
 - a. Kursi.
 - b. Bantal.
 - c. Lingkungan yang tenang dan sunyi.
5. Pre Interaksi.
 - a. Mengecek program terapi.
 - b. Mencuci tangan.
 - c. Menyiapkan alat.

6. Tahap Orientasi.
 - a. Membina hubungan saling percaya dengan memberikan salam
 - b. kepada pasien dan memanggil nama pasien.
 - c. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan teknik relaksasi
 - d. otot progresif.
 - e. Menanyakan persetujuan/kesiapan pasien.
7. Tahap Kerja.
 - a. Menjaga privacy pasien.
 - b. Posisikan tubuh klien dengan nyaman, baik berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal di bawah kepala dan lutut atau duduk di kursi dengan kepala disangga.
 - c. Lepaskan aksesoris seperti kacamata, jam dan Sepatu
 - d. Longgarkan ikatan seperti dasi, ikat pinggang atau benda lain yang mengikat ketat pada tubuh.
 - e. Memastikan pasien dalam keadaan rileks dan minta pasien memfokuskan perhatian pada tangan, lengan bawah, otot bisep, kepala, wajah, tenggorokan dan bahu termasuk area dahi, pipi, hidung, mata, rahang, bibir, lidah dan leher. Fokus utama diberikan pada kepala karena otot di sekitar area ini sangat penting secara emosional.
 - f. Menganjurkan pasien untuk mencari posisi yang nyaman dan menciptakan lingkungan yang nyaman.
 - g. Bimbing pasien dalam melakukan teknik relaksasi (ulang prosedur setidaknya satu kali). Jika diperlukan, mengulangi hingga lima kali tergantung respon klien.
 - h. Menyarankan pasien untuk berbaring atau duduk dengan sandaran pada kaki dan bahu.
 - i. Pandu pasien dalam Latihan napas dalam, mengambil nafas melalui hidung dan mengeluarkannya melalui mulut seperti bersiul.
 - j. Kedua telapak tangan mengempal dan di buka, kemudian kedua otot lengan atas dan bawah ditegakkan selama lima hingga tujuh detik. Tunjukkan kepada pasien area otot yang tegang,

- menganjurkan pasien untuk merasakannya dan mengencangkan otot sepenuhnya selama 12-30 detik.
- k. Lipat dahi ke atas, tekan kepala ke belakang, lalu putar seperti arah jarum jam dan berlawanan arah, dan bimbing untuk mengerutkan otot wajah seperti merem, kedipan mata, memajukan bibir, tekan lidah ke langit-langit dan bahu ditarik selama lima hingga tujuh detik. Lakukan 12-30 detik.
 - l. Lekukan punggung ke belakang sambil mengambil napas dalam, tekan perut, tahan dan buang.
 - m. Tarik kaki dan ibu jari ke belakang menuju wajah, tahan dan kemudian di relaksakan. Lipat ibu jari bersamaan dengan otot betis, paha dan bokong dikencangkan selama 5-7 detik, bimbing pasien ke area otot yang tegang dan anjurkan pasien untuk merasakannya serta mengencangkan otot kemudian relaksasi selama 12-30 detik.
 - n. Selama melaksanakan teknik relaksasi, catat respon nonverbal dari klien. Jika klien merasa tidak nyaman, latihan dihentikan, dan jika klien kesulitan, memfokuskan hanya pada relaksasi pada bagian tubuh yang tegang. Mengurangi kecepatan latihan dan perhatikan bagian tubuh yang tegang.
8. Tahap Terminasi
- a. Mengevaluasi tindakan yang baru dilakukan.
 - b. Merapikan pasien dan lingkungan.
 - c. Berpamitan dengan pasien.
 - d. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula.
 - e. Mencuci tangan.
 - f. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.

Bab 9

Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Keseimbangan Suhu Tubuh Sesuai SPO

9.1 Pengertian Suhu Tubuh

Suhu adalah suatu besaran yang menyatakan ukuran derajat panas maupun dingin suatu benda (A. Aziz Alimul Hidayat, 2016). Sedangkan suhu tubuh merupakan indikator ketika tubuh seseorang dalam keadaan demam atau sedang dalam melaksanakan kegiatan fisik dengan intensitas tinggi (Sigara, 2019). Pemeriksaan suhu tubuh merupakan proses pengukuran nilai keseimbangan suhu tubuh antara pembentukan dan pengeluaran panas dengan rentang suhu tubuh dapat diukur dengan menggunakan termometer manual yaitu air raksa melalui aksila, rektal, maupun oral dan menggunakan termometer digital (Elvira Thaher, 2017).

9.2 Mekanisme Perubahan Suhu

Mekanisme perubahan suhu tubuh merupakan mekanisme tubuh yang dikendalikan oleh hipotalamus. Hipotalamus ini dapat mengatur keseimbangan suhu normal meskipun kondisi lingkungan berubah, selain itu juga dapat berperan dalam pengaturan suhu dengan cara menyeimbangkan produksi panas pada otot dan hati, selanjutnya disalurkan melalui kulit dan paru. Demikian juga jika tubuh mengalami infeksi, maka sistem kekebalan tubuh akan melepaskan zat kimia dalam aliran darah sehingga dapat merangsang hipotalamus untuk menaikkan suhu dan menambahkan jumlah sel darah untuk melawan kuman (A. Aziz Alimul Hidayat, 2016).

9.3 Masalah Keperawatan terhadap Keseimbangan Suhu Tubuh

1. Hipertermi

Hipertermi merupakan peningkatan suhu tubuh di atas normal yang ditandai adanya suhu tubuh meningkat, kulit kemerahan, takikardia, takipnea, kulit hangat. dan adanya konvulsi yang disebabkan oleh adanya penurunan kesadaran, dehidrasi, pemajanan lingkungan yang panas, adanya penyakit, peningkatan kecepatan metabolisme, aktivitas berlebihan, tindakan pengobatan, dan lain-lain.

2. Hipotermi

Hipotermi merupakan kondisi suhu tubuh di bawah nilai normal yang ditandai dengan adanya suhu tubuh di bawah normal, kulit teraba dingin, tampak sianotik pada kuku, pucat adanya hipertensi, menggigil, dan takikardia yang dapat disebabkan oleh kerusakan hipotalamus, penurunan kemampuan menggigil, penguapan atau evaporasi lingkungan yang dingin, penyakit, malnutrisi, pengobatan, adanya trauma, konsumsi alkohol, penuaan, dan lain-lain.

3. Termoregulasi tidak efektif

Termoregulasi tidak efektif merupakan kondisi fluktuatif suhu tubuh di antara hipotermia hipertermia, atau suhu tubuh yang naik turun,

ditandai dengan adanya fluktuasi suhu tu kulit kemerahan, dasar kuku yang sianotik, peningkatan pernapasan, sedikit menggigil, sedikit, dan pengisian uJang kapiler lambat, yang dapat disebabkan oleh penyakit, trauma, fluktuasi suhu lingkungan, dan Iain-Iain (NANDA Internasional, 2011)

9.4 Prosedur Keperawatan Keseimbangan Suhu Tubuh

9.4.1 Prosedur Pemeriksaan Suhu

Definisi

Pemeriksaan suhu badan pasien dilakukan dengan menggunakan termometer untuk mengetahui hasil metabolisme tubuh (termogenesis dan termolisis) (Giri Susilo Adi, Rudi Haryono, 2022).

Tujuan

Untuk mengetahui suhu tubuh serta keadaan umum pasien. Pemeriksaan suhu dapat dilakukan melalui oral, aksila, dan rektal (A. Aziz Alimul Hidayat, 2016).

Indikasi

Pasien yang mengalami hipotermi atau hipertermi

Pemeriksaan suhu melalui oral

Tahap Pra Interaksi

Persiapan alat:

1. Termometer
2. Buku catatan
3. Sarung tangan
4. Bengkok
5. Tisu

6. Larutan sabun/desinfektan dan air bersih dalam tempatnya



Gambar 9.1: Temperatur Oral

Persiapan Perawat dan lingkungan:

1. Perawat mencuci tangan
2. Perawat menyiapkan lingkungan pasien

Tahap Orientasi:

1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat
2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
3. Meminta inform consent keluarga
4. Memberikan kesempatan pasien bertanya
5. Menjaga privasi pasien

Tahap Kerja:

1. Atur posisi pasien
2. Gunakan sarung tangan
3. Lakukan pengukuran dengan meletakkan termometer di bawah lidah di dalam kantong sublingual posterior kanan atau kiri dengan menganjurkan untuk mengatupkan menggigit selama 2-3 menit
4. Setelah selesai, keluarkan termometer dengan hati-hati

5. Keringkan/lap termometer dengan tisu, setelah itu buang tisu ke dalam bungkuk
6. Lihat hasil pengukuran
7. Bersihkan termometer dengan tisu, kemudian cuci dengan air sabun, desinfektan dan keringkan
8. Rapikan peralatan setelah tindakan
9. Lepaskan sarung tangan
10. Cuci tangan

Tahap Terminasi

1. Evaluasi respon pasien setelah tindakan
2. Simpulkan hasil kegiatan
3. Lakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya
4. Dokumentasi hasil tindakan yang telah dilakukan

Pemeriksaan suhu melalui Aksila

Tahap Pra Interaksi

Persiapan alat:

1. Termometer
2. Buku Catatan
3. Bungkuk
4. Sarung tangan
5. Tisu
6. Larutan sabun, desinfektan, dan air bersih dalam tempatnya



Gambar 9.2: Temperatur di aksila

Persiapan Perawat dan lingkungan:

1. Perawat mencuci tangan
2. Perawat menyiapkan lingkungan pasien

Tahap Orientasi:

1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat
2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
3. Meminta inform consent keluarga
4. Memberikan kesempatan pasien bertanya
5. Menjaga privasi pasien

Tahap Kerja:

1. Atur posisi pasien
2. Gunakan sarung tangan
3. Lakukan pengukuran dengan meletakkan termometer di bawah lengan beserta ujungnya dibagian tengah aksila dan dekatkan dengan kulit, anjurkan pasien menjempitkannya selama 3-5 menit
4. Setelah selesai, keluarkan termometer dengan hati-hati
5. Keringkan/lap termometer dengan tisu, kemudian cuci dengan air liat hasil pengukuran
6. Bersihkan termometer dengan tisu kemudian cuci dengan air sabun, desinfektan, air bersih, dan keringkan
7. Rapikan peralatan setelah tindakan
8. Lepaskan sarung tangan
9. Cuci tangan

Tahap Terminasi

1. Evaluasi respon pasien setelah tindakan
2. Simpulkan hasil kegiatan
3. Lakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya
4. Dokumentasi hasil tindakan yang telah dilakukan

Pemeriksaan Suhu Rektal

Tahap Pra Interaksi

Persiapan alat:

1. Termometer
2. Buku Catatan
3. Bengkok
4. Sarung tangan
5. Vaseline/pelumas
6. Tisu
7. Larutan sabun, desinfektan, dan air bersih dalam tempatnya



Gambar 9.3: Temperatur di Rektal

Persiapan Perawat dan lingkungan:

1. Perawat mencuci tangan
2. Perawat menyiapkan lingkungan pasien

Tahap Orientasi:

1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat
2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
3. Meminta inform consent keluarga
4. Memberikan kesempatan pasien bertanya
5. Menjaga privasi pasien

Tahap Kerja:

1. Atur posisi pasien
2. Gunakan sarung tangan
3. Lakukan pengukuran dengan memasukkan ujung termometer kedalam rektum dan pegang termometer secara hati-hati, berhati-hati, berbaring miring selama 3 menit
4. Setelah selesai, keluarkan termometer dengan hati-hati
5. Liat hasil pengukuran
6. Bersihkan termometer dengan tisu, kemudian cuci dengan air sabun, desinfektan, air bersih, dan keringkan
7. Rapiakan peralatan setelah tindakan
8. Lepaskan sarung tangan
9. Cuci tangan

Tahap Terminasi

1. Evaluasi respon pasien setelah tindakan
2. Simpulkan hasil kegiatan
3. Lakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya
4. Dokumentasi hasil tindakan yang telah dilakukan

9.4.2 Prosedur Kompres Dingin

Definisi

Merupakan tindakan keperawatan dengan cara memberikan kompres dingin pada pasien.

Tujuan

Untuk menurunkan suhu tubuh, menurunkan/meredakan rasa nyeri, mengurangi perdarahan dan membatasi peradangan.

Indikasi

Hipertermi.

Kontraindikasi

Hipotermi.

Prosedur Kompres Dingin Basah dengan Air Biasa/Es

Tahap Pra Interaksi

Persiapan alat:

1. Kom berisi air biasa/es
2. Perlak pengalas
3. Waslap
4. Buku catatan
5. Sarung tangan
6. Bengkok
7. Selimut jika perlu

Persiapan Perawat dan lingkungan:

1. Perawat mencuci tangan
2. Perawat menyiapkan lingkungan pasien

Tahap Orientasi:

1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat
2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
3. Meminta inform consent keluarga
4. Memberikan kesempatan pasien bertanya
5. Menjaga privasi pasien

Tahap Kerja:

1. Atur posisi pasien
2. Gunakan sarung tangan
3. Pasang pengalas dibawah daerah yang akan dikompres
4. Masukkan waslap kedalam air biasa lalu diperas hingga lembab
5. Letakkan waslap pada daerah yang akan dikompres
6. Ganti waslap atau lakukan ulang point (d) jika waslap tidak basah/dingin
7. Lakukan kompres ulang sampai suhu turun
8. Rapikan peralatan setelah tindakan

9. Lepaskan sarung tangan
10. Cuci tangan

Tahap Terminasi

1. Evaluasi respon pasien setelah tindakan
2. Simpulkan hasil kegiatan
3. Lakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya
4. Dokumentasi hasil tindakan yang telah dilakukan

Prosedur Kompres Dingin Kering dengan Kirbat Es (Eskap)

Tahap Pra Interaksi

Persiapan alat:

1. Kom berisi potongan es dan satu sendok teh garam agar es tidak cepat mencair
2. Air dalam wadah
3. Kirbat es/eskap dengan sarungnya
4. Perlak pengalas
5. Buku catatan
6. Sarung tangan
7. Bengkok
8. Selimut jika perlu

Persiapan Perawat dan lingkungan:

1. Perawat mencuci tangan
2. Perawat menyiapkan lingkungan pasien

Tahap Orientasi:

1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat
2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
3. Meminta inform consent keluarga
4. Memberikan kesempatan pasien bertanya
5. Menjaga privasi pasien

Tahap Kerja:

1. Atur posisi pasien
2. Gunakan sarung tangan
3. Pasang pengalas dibawah daerah yang akan dikompres
4. Masukkan batang es kedalam kom air agar pinggir es tidak tajam
5. Isi kirbat es dengan potongan es setengah bagian
6. Masukkan eskap kedalam sarungnya
7. Letakkan waslap pada daerah yang akan dikompres
8. Ganti eskap pada daerah yang akan dikompres
9. Kaji kondisi kulit selama 20 menit terhadap nyeri, suhu tubuh
10. Angkat eskap apabila sudah selesai
11. Rapiakan peralatan setelah tindakan
12. Lepaskan sarung tangan
13. Cuci tangan

Tahap Terminasi

1. Evaluasi respon pasien setelah tindakan
2. Simpulkan hasil kegiatan
3. Lakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya
4. Dokumentasi hasil tindakan yang telah dilakukan

9.4.3 Prosedur Kompres Hangat

Definisi

Merupakan tindakan keperawatan dengan cara kompres seka dengan menggunakan air hangat (Giri Susilo Adi,Rudi Haryono, 2022).

Tujuan

Untuk menurunkan suhu tubuh, memberikan rasa nyaman, dan mencegah terjadinya kejang demam.

Indikasi

Hipertermi dan hipotermi

Prosedur Kompres dengan Tepid Water Sponge

Definisi

Tepid Water Sponge merupakan sebuah tindakan kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah besar superficial dengan teknik seka (Ain, 2019).

Tujuan

Memperlancar sirkulasi darah, menurunkan suhu tubuh, mengurangi rasa sakit, memberi rasa hangat, nyaman, dan tenang pada klien, memperlancar pengeluaran eksudat, dan merangsang peristaltic usus (Unggul, 2023).

Indikasi

Dilakukan untuk pasien demam

Tahap Pra Interaksi

Persiapan alat:

1. Handuk
2. Kom berisi air hangat
3. 1 set pakaian bersih
4. Wadah pakaian kotor
5. waslap
6. Perlak
7. Handuk
8. Buku catatan
9. Sarung tangan
10. Bengkok
11. Selimut mandi jika perlu
12. Termometer air panas

Persiapan Perawat dan lingkungan:

1. Perawat mencuci tangan
2. Perawat menyiapkan lingkungan pasien

Tahap Orientasi:

1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat
2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
3. Meminta inform consent keluarga
4. Memberikan kesempatan pasien bertanya
5. Menjaga privasi pasien

Tahap Kerja:

1. Atur posisi pasien
2. Gunakan sarung tangan
3. Pasang pengalas dibawah daerah yang akan dikompres
4. Masukkan waslap kedalam kom berisi air hangat 40-46oC, lalu diperas hingga lembab
5. Letakkan waslap pada daerah yang akan dikompres seperti dahi, axila, lipatan paha, dan diusapkan seluruh tubuh
6. Ganti waslap atau lakukan ulang point (d) jika waslap tidak hangat lagi
7. Lakukan kompres ulang sampai suhu turun
8. Kaji perubahan suhu tubuh setiap 15-20 menit
9. Rapiakan peralatan setelah tindakan
10. Lepaskan sarung tangan
11. Cuci tangan

Tahap Terminasi

1. Evaluasi respon pasien setelah tindakan
2. Simpulkan hasil kegiatan
3. Lakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya
4. Dokumentasi hasil tindakan yang telah dilakukan

Prosedur Kompres Air Hangat

Definisi

Merupakan tindakan kompres pada area yang memiliki pembuluh darah besar menggunakan air hangat.

Tujuan

Menurunkan panas, memberikan kenyamanan, dan mencegah terjadi kejang demam.

Indikasi

Hiptertermi dan hipotermi

Tahap Pra Interaksi

Persiapan alat:

1. Handuk
2. Kom berisi air hangat
3. Waslap
4. Perlak
5. Buku catatan
6. Sarung tangan
7. Bengkok
8. Selimut mandi jika perlu
9. Termometer air panas

Persiapan Perawat dan lingkungan:

1. Perawat mencuci tangan
2. Perawat menyiapkan lingkungan pasien

Tahap Orientasi:

1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat
2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
3. Meminta inform consent keluarga
4. Memberikan kesempatan pasien bertanya

5. Menjaga privasi pasien

Tahap Kerja:

1. Atur posisi pasien
2. Gunakan sarung tangan
3. Pasang pengalas dibawah daerah yang akan dikompres
4. Masukkan waslap kedalam kom berisi air hangat 40-46oC, lalu diperas hingga lembab
5. Letakkan waslap pada daerah yang akan dikompres seperti axila dan inguinal klien, baik kanan dan kiri.
6. Ganti waslap atau lakukan ulang point (d) jika waslap tidak hangat lagi
7. Lakukan kompres ulang sampai suhu turun
8. Kaji perubahan suhu tubuh setiap 15-20 menit
9. Rapiakan peralatan setelah tindakan
10. Lepaskan sarung tangan
11. Cuci tangan

Tahap Terminasi

1. Evaluasi respon pasien setelah tindakan
2. Simpulkan hasil kegiatan
3. Lakukan kontrak waktu kegiatan selanjutnya
4. Dokumentasi hasil tindakan yang telah dilakukan

Bab 10

Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Menjelang dan Akhir Kehidupan sesuai SPO

10.1 Pengertian Kebutuhan Menjelang dan Akhir Kehidupan

Akhir Kehidupan adalah periode akhir dalam kehidupan seseorang yang dapat dinilai melalui 2 aspek seperti aspek penyakit pada periode penurunan kondisi kesehatan yang irreversible sebelum kematian dan penilaian klinik yang berbasis waktu dan secara medis harapan hidupnya hanya enam bulan bahkan bisa kurang. Perawat dalam hal ini harus melakukan perawatan yang kompleks serta holistik, contoh: manajemen nyeri, nutrisi, kenyamanan, relaksasi dan aspek penting lain agar pasien dapat melalui akhir kehidupannya secara damai (Wijaya dkk., 2022).

10.2 Kematian

Kematian adalah kejadian alami yang merupakan fenomena setiap manusia yang pasti akan dihadapi. Kematian yaitu suatu kejadian yang membutuhkan pendekatan khusus dalam intervensinya. Menjelang ajal adalah proses ketika individu semakin dekat dengan akhir hayatnya atau dalam proses kematiannya. Kondisi ini biasanya disebabkan oleh sakit kronis atau sakit terminal serta dapat terjadi karena kondisi lain yang juga menyebabkan kematian. Perawat disini berperan aktif dalam perawatan terhadap klien dengan kebutuhan khusus menjelang dan akhir kehidupan tersebut (Batmomolin dkk., 2024).

Menurut KBBI kematian diartikan sebagai hilangnya nyawa. Sementara konsep kematian yang baik sering ditekankan sebagai tujuan, tidak ada pemahaman tentang persepsi kematian yang baik. Kesenjangan ini disebabkan oleh sifat subjektif dari persepsi mengenai kematian yang baik dengan perubahan seiring perkembangan penyakit menjelang akhir hayat (Raisio, Vartiainen, & Jekunen, 2015). Meskipun atribut kematian yang baik sangat individual, mereka terdiri dari rekonsiliasi relasional, keinginan untuk mengalami beban gejala yang rendah, perdamaian spiritual, dan membuat rencana pemakaman dan keuangan untuk mengurangi beban pada keluarga (Gott, Small, Barnes, Payne, & Seamark, 2008) dalam penelitian dari (Risal dkk., 2021).

Sementara persepsi kematian yang baik dapat berbeda-beda pada setiap individu, konsep kematian yang baik dapat didefinisikan sebagai kematian di rumah, menerima perawatan yang nyaman atas apa yang merupakan praktik khas dalam perawatan di akhir hidup, di mana pasien meninggal di rumah sakit. rumah sakit yang menerima prosedur invasif di unit perawatan intensif. Mengingat sifat individu dari apa yang merupakan kematian yang baik, ada kebutuhan akan model perawatan holistik untuk memenuhi kebutuhan kelompok populasi ini. Salah satu peran perawat menurut (Potter dan Perry, 2010) adalah peran pemberi perawatan di mana perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan pasien secara holistik, meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial. Peran perawat dalam mempersiapkan pasien menjelang ajal adalah pembimbing spiritual pasien, komunikator, fasilitator, dan pemberi dukungan emosional keluarga.

Bimbingan spiritual yang dimaksudkan adalah bimbingan rohani dengan mengajak membaca doa sesuai dengan agama pasien (Kozier, dkk. 2010),

berpendapat bahwa perawat mempunyai tanggung jawab untuk memastikan kebutuhan spiritual pasien diberikan baik melalui intervensi langsung maupun dengan mengatur akses terhadap individu yang dapat memberikan perawatan spiritual. Menurut (Milligan, S. 2011), pengkajian dan perawatan spiritual adalah merupakan bagian integral dari peran perawat. Selanjutnya adalah peran perawat sebagai fasilitator. Salah satu bentuk peran sebagai fasilitator yaitu perawat memberikan waktu kunjungan yang lebih lama bagi keluarga pasien menjelang ajal sehingga pasien dan keluarganya memiliki lebih banyak kebersamaan. Ruangan intensive menetapkan waktu kunjungan keluarga pada jam-jam tertentu sehingga keluarga tidak bisa setiap saat berada disamping pasien namun perawat dapat memfasilitasi untuk kebersamaan keluarga dan pasien menjelang ajal.

Mendukung penelitian yang dilakukan oleh (Calvin, dkk. 2009), yang menyatakan perawat berusaha menghadirkan keluarga guna mempersiapkan keluarga menerima kematian pasien karena sulit bagi keluarga untuk menerima kondisi pasien. Penelitian lain menyebutkan bahwa menyedihkan apabila membiarkan pasien meninggal dalam keadaan tanpa didampingi oleh keluarga. Peran perawat apabila pasien tidak mempunyai keluarga adalah perawat harus berperan untuk mendampingi pasien (Fridh, dkk. 2009). Perawat juga berperan dalam memberikan dukungan kepada keluarga pasien yang menjelang ajal.

Sejalan dengan penelitian (Wright, dkk. 2011), menggambarkan bahwa kepuasan yang didapatkan perawat perawatan kritis pada saat merawat pasien dan keluarga dalam perawatan akhir hidup adalah dengan hadir mendampingi keluarga dan memberikan dukungan melewati fase tersebut. Peran perawat dalam merawat pasien di rumah sakit mencakup bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual. Perawat dituntut untuk memberikan pelayanan yang prima disamping beban kerja yang tinggi. Pelayanan prima bisa dilakukan oleh perawat terkait kebutuhan dasar pasien agar terpenuhi, tidak terkecuali pada aspek spiritual (Hardianto, 2017). Spiritual dapat memotivasi seseorang (pasien) di keadaan tidak berdaya untuk lebih fokus dan kuat dalam menghadapi permasalahan, stres emosi karena sakit. Hal lain terkait aspek spiritual adalah bisa meningkatkan kualitas hidup pasien terutama pada kondisi menjelang kematian sehingga pasien dapat meninggal dengan tenang diakhir hidupnya (Monod dkk., 2011).

10.3 Dying Process

Proses kematian atau *dying process* adalah serangkaian perubahan fisik, emosional, dan psikologis yang terjadi pada seseorang saat mendekati akhir hidupnya. Proses ini bisa berbeda-beda bagi setiap individu, namun umumnya melibatkan beberapa tahapan yang dapat diamati. Dalam fase ini pasien akan memperlihatkan tanda-tanda kematiannya dalam rentang empat belas hari dengan timbul gejala psikis berupa gangguan pada disorientasi mental seperti pasien merasa kacau dan bingung di dalam alam pemikiran dan perasaannya. ilusi, halusinasi dan delusi merupakan tiga gejala yang sering dialami pada fase dying proses pada pasien dan disebabkan karena kondisi atau keadaan mental yang semakin lama semakin turun bahkan keadaan di mana pasien merasakan keadaan setengah sadar atau kesadarannya tidak penuh.

Ilusi merupakan gejala awal yakni pasien selalu salah dalam mentafsirkan keadaan disekitarnya seperti misalnya pasien mendengar bunyi angin dari luar dapat ditafsirkan seperti pasien mendengar orang yang sedang menangis, kemudian saat pasien mencium bau parfum orang disekitarnya yang mana bisa disalahartikan menjadi bau mayat, atau juga semisal pasien merasakan gatal ditubuhnya bisa disalahartikan bahwa ada serangga ditubuhnya dan lain sebagainya. Pada kehidupan normal seseorang pasti bisa merasakan atau mengalami keadaan atau muncul gejala ilusi seperti itu akan tetapi orang dalam keadaan normal bisa atau dapat mengatasi keadaan tersebut. Dalam diri seorang pasien terminal, kemampuan untuk mengatasi diri telah menurun atau bahkan sudah hilang sehingga gejala seperti ilusi bisa dirasakan oleh pasien bahwa keadaan yang nyata dialaminya. Halusinasi juga salah satu gejala yang dapat timbul dan bisa dipengaruhi oleh obat-obatan yang dikonsumsi pasien seperti obat penenang dan lainnya.

Selain itu keadaan kecemasan, ketakutan, dan stres emosional yang tinggi bisa memperburuk kondisi mental dan menyebabkan halusinasi. Apabila pasien merasakan gejala seperti Melihat hal-hal yang tidak ada, seperti orang, binatang, atau cahaya. Kemudian pasien Mendengar suara-suara, seperti percakapan atau musik, yang tidak ada. Penganut paham spiritisme (komunikasi dengan roh) mengartikan gejala yang timbul pada pasien ini diartikan sebagai keadaan di mana pasien sedang merasakan alam yang berbeda antara alam fana dengan alam baka: "Some may see this as the veil being lifted between this life and the next life". Persepsi halusioner bisa

terungkap secara fisik dengan pasien menjadi tegang dan gelisah (agitasi), ia menggerak-gerakan anggota badannya secara kacau tak menentu, seakan-akan seperti hendak mengusir, menghindar atau menjangkau sesuatu (Risal dkk., 2021).

10.4 Peaceful End Of Life Theory

Teori *Peacefull End of Life* adalah teori yang masuk kriteria middle range teori dengan level lebih tinggi. Teori ini dikembangkan pertama kali oleh (Ruland dan Moore, 1998), di mana teorinya memberikan informasi mengenai kerangka kerja pada tindakan keperawatan untuk klien paliatif. Berbagai teori keperawatan yang sudah ada maka Ruland dan Moore mengartikan teori tersebut sebagai kondisi menjelang akhir masa kehidupan yang dijalani penuh kedamaian dengan beberapa kriteria yang perlu dipenuhi, di antaranya terbebas dari rasa nyeri, merasakan kenyamanan, merasa bermartabat dan dihargai, merasakan kedamaian, juga merasakan kedekatan yang berarti dengan seseorang yang bermakna dalam hidupnya. Selain berorientasi pada keputusan pasien, teori ini menekankan pentingnya peran aktif dari keluarga dan kelanjutan dalam perawatan.

10.5 Konsep Peaceful End Of Life

Teori “Peaceful End of Life” digunakan pada setting pelayanan keperawatan paliatif. Penerapan teori ini tidak hanya dititik beratkan pada pasien saja, namun melibatkan keluarganya. Sehingga titik sentral teori ini yaitu pasien dan keluarga sebagai *support system* (Ruland & Moore, 2001 dalam Alligood & Tomey, 2010). Lima konsep utama yang mendasari teori ini juga dijadikan filosofi di praktik keperawatan merupakan tidak merasa nyeri, merasakan kenyamanan, merasa bermartabat dan dihargai, merasakan kedamaian dan kedekatan dengan orang yang bermakna. Teori ini dapat diterapkan pada pasien kuratif pada stadium 1 dan 2 sampai pasien dengan penyakit tidak responsif terhadap pengobatan kuratif, diberikan perawatan terpadu yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup, dengan cara meringankan nyeri, memberikan dukungan spiritual dan psikososial mulai saat diagnosa ditegakkan sampai akhir hayat dan memberikan dukungan terhadap keluarga

yang kehilangan atau berduka. Teori keperawatan dari Ruland dan Moore, dapat diterapkan pada klien paliatif agar terbebas dari nyeri, merasa nyaman, merasa dihargai, merasa damai, juga bisa merasakan kedekatan dengan orang yang bermakna dalam kehidupannya, ketika kematian harus terjadi, pasien bisa meninggal dengan damai. Selain itu setting struktur pada teori ini, adalah bagaimana keluarga sebagai pendukung bersama profesional perawatan dapat membantu pasien untuk mendapatkan pengalaman menyenangkan selama kehidupannya (Alligood & Tomey, 2010).

10.6 Tanda-Tanda Kematian Lanjut Usia dan Akhir Kehidupan

10.6.1 Kehilangan Nada Otot

1. Relaksasi otot-otot wajah (misalnya rahang mungkin melorot)
2. Kesulitan berbicara
3. Kesulitan menelan dan hilangnya refleks muntah secara bertahap
4. Menurunnya aktivitas saluran cerna, yang diikuti dengan hal tersebut mual, akumulasi kentut, perut kembung, dan retensi buang air besar, terutama jika menggunakan narkotika atau obat penenang dikelola
5. Kemungkinan inkontinensia urin dan rektum menurun kontrol otot sfingter (cincin otot yang mengontrol laju aliran material melalui lubang atau saluran di tubuh.)
6. Gerakan tubuh berkurang

10.6.2 Perlambatan sirkulasi

1. Sensasi berkurang
2. Bintik-bintik dan sianosis pada ekstremitas
3. Kulit dingin, mula-mula di kaki dan kemudian di tangan, telinga, dan hidung (namun klien mungkin merasa hangat jika demam)
4. Denyut nadi lebih lambat dan lemah
5. Penurunan tekanan darah

10.6.3 Perubahan Respirasi

1. Pernafasan cepat, dangkal, tidak teratur, atau sangat lambat
2. Nafas yang bising, yang disebut dengan suara derak maut, karena pengumpulan lendir di tenggorokan
3. Pernapasan mulut, selaput lendir mulut kering

10.6.4 Gangguan Sensori

1. Penglihatan kabur
2. Gangguan indera perasa dan penciuman

SPO Dukungan spiritual menjelang dan akhir kehidupan pada pasien dan keluarga

1. Pengkajian
 - a. Kaji adanya kebutuhan klien terhadap pemberian dukungan spiritual pada pasien dan keluarga
 - b. Kaji perasaan pasien terhadap penyakit yang diserita
 - c. Kaji ritual keagamaan pasien
 - d. Kaji apakah keluarga pasien membutuhkan rohaniawan
2. Persiapan pasien (apersepsi)
 - a. Beri salam terapeutik, perkenalkan diri dan cek identitas klien
 - b. Jelaskan tujuan, prosedur serta kontrak waktu yang akan dilakukan
 - c. Perhatikan keadaan umum klien
 - d. Beri penjelasan pada keluarga tentang prosedur yang akan dilakukan
 - e. Kaji pengetahuan dan kebutuhan spiritual klien tentang penyakit yang dideritanya
3. Pelaksanaan
 - a. Jaga privasi
 - b. Cuci tangan
 - c. Ciptakan suasana tenang untuk kelangsungan prosedur
 - d. Atur posisi pasien nyaman mungkin
 - e. Mengamati tanda-tanda vital dan respon pasien setiap 15 menit

- f. Membisikkan doa ketelinga pasien
 - g. Mencatat setiap kondisi pasien
 - h. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk mendampingi
 - i. Mempersiapkan keluarga pasien untuk berdoa
 - j. Perawat menunjukkan sikap empati dan berdoa dekat pasien
 - k. Rapikan alat dan klien
 - l. Beri reinfeksi positif
4. Evaluasi
- a. Klien mampu beristirahat dengan tenang
 - b. Menyatakan penerimaan keputusan moral dan etik
 - c. Mengekspresikan rasa damai berhubungan dengan Tuhan
 - d. Mengekspresikan arti positif terhadap situasi dan keberadaannya
 - e. Menunjukkan afek positif tanpa perasaan marah, rasa bersalah dan ansietas.
5. Dokumentasi

SPO Perawatan Jenazah

1. Persiapan Alat
- a. Alat medis
 - 1) Verban atau kasa secukupnya
 - 2) Handscoon
 - 3) Kapas
 - 4) Pembungkus jenazah atau plastik jenazah jika perlu
 - 5) Plester/Hepavix
 - 6) Bengkok 1 buah
 - 7) Troli
 - 8) 1 Set perawatan luka
 - b. Alat Non Medis
 - 1) Penganjal dagu jika diperlukan
 - 2) Label identitas
 - 3) Tas plastik untuk barang klien

2. Tahap Kerja Perawatan Jenazah
 - a. Jaga privasi pasien
 - b. Cuci tangan
 - c. Pakai handscoon
 - d. Dekatkan alat
 - e. Tinggikan tempat tidur untuk memudahkan kerja dan atur dalam posisi datar.
 - f. Mengecek kondisi pasien misalnya ada peralatan yang masih terpasang (infus, kateter, NGT, dll) untuk dilepas.
 - g. Lepaskan perhiasan dan barang berharga dihadapan keluarga
 - h. Melepas pakaian pasien untuk mengecek apakah terdapat luka, jika ada luka lakukan perawatan luka
 - i. Tempatkan tubuh dalam posisi supinasi
 - j. Tutup mata, dapat menggunakan kapas yang secara perlahan ditutupkan pada kelopak mata dan plester jika mata tidak tertutup
 - k. Ambil gigi palsu jika ada
 - l. Lakukan pengikatan pada kepala mulai dari arah rahang bawah keatas kepala sampai mulut tertutup
 - m. Luruskan badan dengan kedua tangan menyilang diatas abdomen.
 - n. Lakukan pengikatan pada kedua lengan dengan menggunakan kassa gulung
 - o. Lakukan pengikatan pada kedua paha kaki dengan menggunakan kassa gulung
 - p. Rapatkan kaki dan lakukan pengikatan pada daerah kaki bagian bawah
 - q. Lakukan pengikatan dikedua hallux (jempol kaki)
 - r. Letakkan identitas pasien di salah satu hallux (jempol kaki)
 - s. Pada area kedua lubang telinga diberikan kassa atau kapas
 - t. Pada area kedua lubang hidung diberikan kassa atau kapas
 - u. Pasien/jenazah ditutup dengan selimut dari kaki sampai ujung
 - v. Bereskan alat dan bahan di kamar pasien.
3. Dokumentasi.

Daftar Pustaka

- A. Aziz Alimul Hidayat, M.U. (2016) Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Edited by Peni Puji Lestari. Jakarta: Salemba Medika. Available at: <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1164142#>.
- Ain, H. (2019) Buku Saku SOP Tindakan Keperawatan Anak. Edited by Nurul Azizah. Surabaya: Media Sahabat Cendekia. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/BUKU_SAKU_STANDAR_OPERASIONAL_PROSEDUR_T/7rSIDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=SOP+PEMERIKSAAN+SUHU+TUBUH&pg=PA83&printsec=fro ntcover.
- Alimul, Hidayat A., (2015). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: Salemba Medika.
- Alligood, M. R. And Tomey, A. M. (2010) Nursing Theorists and Their Work. Mosby.
- Ambarwati, F R., (2014) Konsep Kebutuhan Dasar Manusia. Yogyakarta: Dua Satria offset.
- Anggriani, A., Zulkarnain, Z., Sulaiman, S., & Gunawan, R. (2018). PENGARUH ROM (Range of Motion) Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke Non Hemoragic. Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan, 3(2), 64. <https://doi.org/10.34008/jurhesti.v3i2.46>
- Asmadi. (2018), Konsep Dasar Keperawatan, Jakarta : EGC
- Batmomolin, D. A., Mu'awanah, & Harahap, H. (2024). Bunga Rampai Ilmu Keperawatan Dasar (H. J. Siagian, Ed.; 1 ed.). PT Media Pustaka Indo.
- Batubara, K., & Limbong, P. R. Br. (2021). Pemenuhan Kebutuhan Istirahat

- Berman, A., Snyder, S& Fradsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing* (10th ed.). USA; Perason Education
- Black, Joyce M., Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Black VOL 3.pdf*. Elseivier.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Nature-nurture reconceptualised: A bio-ecological model. *Psychological Review*, 10 (4), 568-586.
- Calvin, A.O., Lindy, C.M., & Clingon, S.L. (2009). The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: A qualitative descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 214-220.
- DeLaune, Sue C, & Ladner, Patricia K. (2011). *Fundamentals of Nursing: Standars & Practice, Fourth Edition*. New Orleans, Lousiana. Delmar Cengage Learning
- Devi, N. K. A., & Heri, M. (2021). Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Dan Tidur Pada Anak: Literature Review. *Jurnal Online Keperawatan Indonesia*, 4(1), 7–16. <https://doi.org/10.51544/keperawatan.v4i1.1444>
- Direja (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : NuhaMedika.
- Dody Arisandi. (2018, July 25). *Tata Cara Transfer Pasien*. <https://www.slideshare.net/Slideshow/Transfer-107389711/107389711>.
- Dougherty, L. & Lister, S. (2015). *Manual of Clinical Nursing Procedures* (9th ed.). UK: The Royal Marsden NHS Foundation Trust.
- E. Hall, John. (2011). *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology*.
- Elvira Thaher (2017) *SOP Pengukuran Suhu*. Padang: RSUD Arosuka. Available at: <https://www.scribd.com/document/342879244/Sop-Pengukuran-Suhu>.
- Eni Kusyati, et all. (2006). *Keterampilan dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*. Jakarta. EGC
- Ernawati. (2012). *Konsep Dan Aplikasi Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia*. (A. Rifai, Ed.). Jakarta: Trans Info Media.
- Fathonah, Siti, & Sarwi. (2020). *Literasi Zat Gizi Makro dan Pemecahan Masalahnya*. Sleman. Deepublish

- Ferry Efendi & Yupi Supartini. (2020). *Keperawatan Dasar; Manual Keterampilan Klinis (2nd) Indonesia Edition*. Elsevier.
- Frandsen, G., & Pennington, S. (2014). *Abrams' clinical drug therapy*
- Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I (2009). Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an Intensive Care Environment. *Intensive and Critical Care Nursing*: 25, 233-241.
- Ginting, D. S., Indriani, R., Andera, N. A., Sendra, E., Rini, D. S., Setiyorini, E., Juwariah, T., Kusumaningrum, V., & Sulupadang, P. (2022). *Anatomi Fisiologi Tubuh Manusia (M. Sari & R. M. Sahara, Eds.; 1st ed.)*. Global Eksekutif Teknologi.
- Giri Susilo Adi, Rudi Haryono, T. (2022) 'Buku Modul Standar Operasional Prosedur Keterampilan Keperawatan'. Yogyakarta: Lembaga Omega Medika.
- Gombos, F., Bodizs, R., & Kovacs, I. (2011). Atypical sleep architecture and altered EEG spectra in Williams syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 255–262. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01354.x
- Habibi (2017). Gambar Hiaraki Abraham Maslow <http://www.teoriuntukguru.com/2017/05/teori-kebutuhan-abraham-maslow.html>
- Hardianto. (2017). *Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Di Ruang Icu Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar*.
- Hidayat, A. A. A. (2012). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia-Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan (2nd ed.)*. Salemba Medika.
- Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's, (2015), *Nursing Care of Infants and Children*. ed 10. Elsevier: St Louis.
- Huether SE, et al. (2012), *Understanding pathophysiology*. ed 5. Elsevier: St Louis;
- Jamaludin, D. J., Kusumaningsih, D. K., & Prasetyo, H. P. (2022). Efektifitas Rom Pasif terhadap Tonus Otot Pasien Post-Operasi Fraktur Ekstremitas di Kecamatan Bekri Lampung Tengah. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 5(10), 3627–3639. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v5i10.7329>

- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes). (2018). *Epidemi Obesitas*.
- Konzier. 2010. *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik Edisi 7*. Jakarta: EGC.
- Kozier, Erb & Berman, Snyder. (2016). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses Dan Praktik, (Ed. 10)*, Jakarta : EGC.
- Kozier, Erb and Olivieri, (2016), *Fundamentals of Nursing concepts Process and Practice, Tenth Ed*. Addison-Wesley Publishing Company Inc.
- Kozier, Erb, Berman, & Snyder. (2010). *Fundamental Of Nursing:concept, process and practice*. Prentice Hall.
- Lynn, P. & LeBon, M. (2011). *Skill Checklist For Taylor's Clinical Nursing Skills, A Nursing Process Approach (3rd ed)*. USA Lippincott Williams & Wilkins.
- Medika Prahardian, A. P., Fatimah, S. A., Putri, P., & Fatimah Azzahra, S. (2023). Penerapan Range Of Motion (ROM) Pasif Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik. *Jurnal Aisyiyah Medika*, 8(2), 371–382. <https://doi.org/10.36729/jam.v8i1>
- Melitus Tipe 2. *Jurnal Keperawatan Profesional*, 2(2), 39–48. <https://doi.org/10.36590/kepo.v2i2.168>.
- Milligan, S. (2011). Addressing the Spiritual Care Needs of People Near the End Of Life. *Nursing Standar RCN Publishung* 26 (4), 47-56.
- Mochtar. (2017). mobilisasi dini post operasi.
- Monod, dkk. (2011). Instrumens Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*, 26, (11), pp. 1345-57.
- Moore. (2014). *Effective Intructional Strategies From Theory to Practice*. London: Sage.
- Mubarak, W., Indrawati, L & Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta : Salemba Medika
- Natalia Erlina Yuni, (2015), *Buku Saku : Personal Hygiene*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- National Coalition for Hospice and Palliative Care
<https://www.nationalcoalitionhpc.org/>

- National Sleep Foundation (n.d.d) How much sleep do adults need? Retrieved from <http://sleepfoundation.org/sleep-polls-data/white-papers/how-much-sleep-doadults-need>
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence.(2017) . Intravenous Fluid Therapy in Adults in Hospital .
- Nurfantri, Ernawati, Lina Indrawati;, Ahmadi, Arabta M, Peraten Pelawi, Farida M, Rupdi Lumban Siantar, & Elok Alfiah Mawardi. (2022). Keperawatan Dasar (E. D. Widyawaty, S. W. Purwanza, & M. B. Karo, Eds.; 1st ed., Vol. 1). Rena Cipta Mandiri.
- Olfah, Y., & Ghofur, A. (2016). Dokumentasi Keperawatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pedoman Nasional Program Paliatif Kanker <https://p2ptm.kemkes.go.id/>
- Perry, A.G.& Potter,P.A. (2015. Nursing Skills & Procedures (8th ed.). St Louis: Mosby Elsevier.
- Potter & Perry. 2010. Fundamental of Nursing Concept, Process and Practice. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Potter & Perry. A.G (2017). Fundamentals of Nursing Fundamental Keperawatan Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter and Perry. (2017). Fundamental of Nursing. Ninth Edition : ISBN:978-0-323-32740-4, St Louis, Missouri 63043.
- PPNI T. P. D. (2018b). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi Dan Tindakan Keperawatan. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI.
- PPNI, T. P. D. (2018a). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI
- Rahmawati, Asnia, Dyah A. Perwitasari, and Nurcholid U. Kurniawan. (2019). ‘Efektivitas Pemberian Terapi Cairan Inisial Dibandingkan Terapi Cairan Standar WHO Terhadap Lama Perawatan Pada Pasien Demam Berdarah Di Bangsal Anak Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul’.

- Indonesian Journal of Clinical Pharmacy 8(2):91. doi: 10.15416/ijcp.2019.8.2.91.
- Rahmawati, Y. D., & Yuda, H. T. (2022). Case Study : Effectiveness of ROM and Rubber Ball Grip Therapy in Increasing Muscle Strenght in Stroke Patients Studi Kasus : Efektivitas ROM dan Terapi Genggam Bola Karet dalam Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke. 969–974.
- rationales for nursing practice (10th ed.). PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Redeker NS., McEnany GP. (2011). Sleep Disorders and Sleep Promotion in Nursing Practice. Springer: New York.
- Ria Irawati, & Dewi Sartiya Rini. (2018). Penatalaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas di rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari. Poltekkes Kemenkes Kendari, 3(1).
- Rias Arsy, G., & Listyarini, A. D. (2021). Terapi Relaksasi Otot Progresis Untuk Mengatasi Insomnia Di Masa Pandemi Covid-19. Jurnal Pengabdian Kesehatan, 4(1). <http://jpk.jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id>
- Rini, D. S. (2019). Pengaruh Home Based Exercise Training Terhadap Kualitas Hidup Pasien TB Paru. Jurnal Keperawatan STIKES Karya Kesehatan, 3, 8–12. <https://stikesks-kendari.e-journal.id/JK>
- Rini, D. S. (2022). Panduan Latihan Fisik pada Pasien TB Paru (1st ed.). CV Nas media.
- Risal, M., Syafitri, K. H., & Sholichin. (2021). Literatur Review Perawatan Menjelang Ajal.
- Rismawati, R., Harista, D. R., Widyyati, M. L. I., & Nurseskasatmata, S. E. (2022). Penerapan Terapi ROM Latihan Bola Karet terhadap Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke: Literature Review. Nursing Sciences Journal, 6(1), 1. <https://doi.org/10.30737/nsj.v6i1.1949>
- Rosdiana, I., & Cahyati, Y. (2021). The effect of the progressive muscle relaxation combined with lavender aromatherapy on insomnia of hemodialysis patients. Enfermeria Nefrologica, 24(1), 39–46. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842021004>.

- Ruland, C.,M., & Moore, S. M (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*. Vol 46 (4). 169-175.
- Saputra, 2013. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta : Numed.
- Saputra, M. K. F., Nasution, R. F., Rini, D. S., Sartika, D., Zulkarnaen, I., Kurniawan, H., Kristina, Y., & Dompas, R. (2023). *Keperawatan penyakit tropis* (1st ed.). Global Eksekutif Teknologi.
- Saryono, dan Widianti, T.A. (2014). *Kebutuhan Dasar Manusia (KDM)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Secher, Niels H., and Johannes J. Van Lieshout. (2011). 'Hypovolemic Shock'. Pp. 166–76 in *Clinical Fluid Therapy in the Perioperative Setting*. Cambridge University Press.
- Setyowati, S dan Murwani, A. (2018). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Mitra Cendekia
- Sherwood L. (2019). *Human Physiology: From Cells to Systems*. 4th ed. Nelson Education Ltd
- Sigara, H.A. (2019) Studi kasus pemberian kompres tepid sponge dalam menurunkan suhu tubuh anak dengan diagnosa kejang demam di RS PKU Muhammadiyah Surabaya. Surabaya: Universitas Muhammadiyah Surabaya. Available at: <https://repository.um-surabaya.ac.id/5631/>.
- Suddarth, B. &. (2017). *konsep mobilisasi dini*.
- Sukmawati, A. S., Isrofah, I., Yudhawati, N. L. P. S., Suryati, S., Putra, I. K. A. D., Juwariyah, S., ... & Ifadah, E. (2023). *BUKU AJAR PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Sylvia, E., & Rasyada, A. (2023). Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea. *Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 15(1), 126. <https://jurnal.stikes-aisyiyah-palembang.ac.id/index.php/Kep/article/view/>
- Tarwoto., & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Penerbit Jakarta : Salemba Medika
- Thinking Like a Nurse in Clinical Thinking Like a Nurse for NCLEX-RN ® Success Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing 10e World Health

- Organization. (2010). Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> diakses tanggal 22 Agustus 2018
- Tidur dengan Tindakan Relaksasi Otot Progresif pada Pasien Diabetes
- Tim Pokja Pedoman SPO PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta. DPP PPNI
- Tyas, N., Suparji, H. S., & Santosa, B. J. (2011). Buku Ajar 1 Kebutuhan Dasar Manusia. Poltekkes Kemenkes Surabaya, 156.
- Unggul, E. (2023) SOP Tepid Water Sponge. Jakarta: ESA Unggul. Available at: <https://digilib.esaunggul.ac.id/public/UEU-Master-10809-lampiran.Image.Marked.pdf>.
- Wahyuni, S. (2017). Pengaruh Ambulasi Dini Terhadap Pemulihan Pasien Post Operasi Abdomen Di Rs. Kota Medan. *Balita BGM*, X, 1–5.
- Wiggins, S. A., & Freeman, J. L. (2014). Understanding Sleep During Adolescence. *Pediatric Nursing*, 40 (2), 91–98.
- Wilkinson, J.M., Treas, L.S., Barnett, K. & Smith, M.H. (2016). *Fundamentals of Nursing* (3rd ed.). Philadelphia: F.A.Davis Company
- Wringht, B.V., Bourbonnais, F.F., Brajtman, S., & Gagnon, P.(2011). Caring for patients and families at end of life: The experiences of nurses during withdrawal of life-sustaining treatment. *Dynamics*, 22 (4), 31-35.
- Zulaikha, F. (2019). Modul Keperawatan Dasar 2018/2019 1. Afnuhazi, R. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asam Urat Pada Lansia (45 – 70 Tahun). *Human Care Journal.*, 213.

Biodata Penulis



Cesarina Silaban, S.Kep., Ns., MSN lahir 11 Oktober 1987 di Nagatimbul, Kab. Humbang Hasundutan, Sumatera Utara. Menyelesaikan pendidikan Ilmu Keperawatan tahun 2009 dan Profesi Ners tahun 2011 di Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung. Master of Science in Nursing-Adult Health Nursing tahun 2015 di Adventist University of the Philippines (AUP) Filipina. Menjadi Dosen sekaligus Instruktur Klinis Akademi Keperawatan Surya Nusantara dari tahun 2015-sekarang, memiliki pengalaman bekerja sebagai perawat UGD di Rumah Sakit Columbia Asia Medan selama 2 tahun.

Email: cesarina.silaban@suryanusantara.ac.id



Jespin Saurina Manalu, SST, M.Kes Lulusan Diploma IV Perawat Pendidik peminatan keperawatan Maternitas Universitas Sumatera Utara, dan lulusan S2 Kesehatan Masyarakat peminatan PKIP Universitas Sumatera Utara. Aktivitas mengajar dimulai dari staf pengajar pada SPK Delihusada Delitua, SPK Kesdam I/BB Pematangsiantar, Akademi Keperawatan Abdi Florensia Pematangsiantar, Akademi Kebidanan Agatha Pematangsiantar, Akademi Keperawatan Surya Nusantara Pematangsiantar hingga saat ini. Dalam bidang organisasi saat ini sebagai pengurus DPD PPNI Pendidikan Pematangsiantar

E-mail: manalujespin@gmail.com



Ridal Sagala. Memulai pekerjaan sebagai perawat tahun 2005 dan aktif melayani dibagian perawatan rawat inap medical surgical di salah satu rumah sakit swasta di kota Bandung. Menyelesaikan Sarjana Keperawatan tahun 2005 di Universitas Advent Indonesia, kemudian sambil bekerja penulis menyelesaikan Pendidikan Program Ners 2010 di Universitas Advent Indonesia, dan dilanjutkan dengan menyelesaikan Program Pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan Medikal Surgical tahun 2020 di Universitas Padjadjaran.

Dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh penulis bergabung dengan menjadi salah satu dosen pengajar di salah satu Universitas Swasta. Selain menulis dan mengajar, penulis juga tetap aktif dalam melayani pasien layanan perawatan rawat inap medical surgical.

e-mail: ridalsagala@yahoo.com



Ns. Maria Emilia Putri Parera, M.Kep, berasal dari SoE - Nusa Tenggara Timur dan pengajar di Universitas Santo Borromeus. Pendidikan sebelumnya adalah Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STIKes Santo Borromeus yang telah berubah menjadi Universitas Santo Borromeus, dan Pendidikan Magister Keperawatan khususnya peminatan Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran. Bekerja di Universitas Santo Borromeus sejak 2017 sampai dengan sekarang.

Mengampu mata kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar, Ketrampilan Dasar Keperawatan, Keselamatan Pasien dan Kesehatan Kerja Keperawatan serta Manajemen Keperawatan bagi mahasiswa Sarjana Ilmu Keperawatan, Diploma Tiga Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners di Universitas Santo Borromeus.

Telah menulis 2 Buku referensi sebelumnya.

E-mail: rilly.vip88@gmail.com



Jenti Sitorus. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan di Akademi Keperawatan HKBP Balige, menyelesaikan pendidikan D-IV Perawat Pendidik Universitas Sumatera Utara, Sarjana Keperawatan di STIKes Imelda, Profesi Ners di STIKes Flora , S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara. Penulis juga telah menyelesaikan beberapa chapter buku yang berkaitan dengan Ilmu Keperawatan



Dewi Sartiya Rini, M.Kep., Sp.Kep., MB. Staf Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari. Penulis lahir di Kendari, Sulawesi Tenggara pada tanggal 22 April 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Hasanuddin, Pendidikan S2 Keperawatan dan spesialisasi keperawatan Medikal Bedah di Universitas Indonesia. Penulis menekuni bidang keilmuan keperawatan medical bedah khususnya system pernapasan dan neurologi telah membuat buku terkait kedua system tersebut.



Suyanta dilahirkan di Temanggung, pada 27 April 1972. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Gadjah Mada. Pria yang kerap disapa Yanta ini adalah anak dari pasangan Sunarya (ayah) dan Murdiyati (ibu). Suyanta bukanlah orang baru di dunia pendidikan keperawatan Tanah Air. Ia mengawali karir sebagai perawat pelaksana di RSJ Magelang. Pada 23 tahun lalu pindah tugas kerja sebagai dosen keperawatan di Poltekkes Kemenkes Semarang, Menjabat sebagai Ketua Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Magelang (2019-2022). Saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi D3

Keperawatan Magelang. Selain mengajar MK Keperawatan Jiwa, juga mengajar MK Psikologi dan Pengembangan Karakter Perawat. Berbagai karya buku dan publikasi hasil penelitian dan pengabdian tentang keperawatan dan kesehatan jiwa telah dihasilkan.

E-mail: suyantas@ymail.com



Hermani Triredjeki. Lahir di Magelang pada tanggal 22 Februari 1969. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap di Poltekkes Kementerian Kesehatan Semarang Program Studi Keperawatan Magelang. Merupakan lulusan Pendidikan Program S1 Keperawatan di Universitas Gajah Mada Yogyakarta dan Pendidikan S2 Kesehatan di Universitas Diponegoro Semarang.

Mengampu mata kuliah Keperawatan Anak, Keperawatan Dasar, Keperawatan Paliatif, Konsep Dasar Keperawatan, Manajemen keperawatan dan Dokumentasi Keperawatan. Selama ini terlibat aktif sebagai dosen pembimbing mahasiswa Poltekkes Kementerian Kesehatan program Diploma III Keperawatan, Sarjana Terapan Keperawatan dan mahasiswa Profesi Keperawatan .

Telah menulis beberapa Jurnal , buku dan artikel lainnya di media cetak

E-mail: hermanitriredjeki@Poltekkes-smg.ac.id



Yulidian Nurpratiwi. Saat ini sebagai Kepala Program Studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Medika Suherman. Jenjang akademik penulis dimulai dengan menempuh Pendidikan Program S1 Keperawatan di STIKes Medika Cikarang (2003-2010). Lanjut Program Pendidikan Profesi Ners di STIKes Medika Cikarang yang saat ini sudah alih bentuk menjadi Universitas Medika Suherman (2012-2013). Jenjang Magister yang ditempuh di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas

Muhammadiyah Jakarta (2018-2020) dengan Peminatan Keperawatan Maternitas.

Mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Keperawatan Anak, Keperawatan Maternitas dan Terapi Komplementer. Selama ini terlibat aktif sebagai dosen pembimbing mahasiswa Skripsi, Karya Ilmiah Akhir Ners.

Selama ini terlibat aktif dalam organisasi PPNI sebagai Ketua DPK PPNI Pendidikan dan Keanggotaan AIPNI Regional V.

E-mail: yulidian07nuarif@gmail.com



Lulut Handayani lahir di Sleman, Yogyakarta. Merupakan dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Semarang. Alumni S1 Keperawatan UGM dan S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Menulis beberapa Jurnal ber ISSN, artikel serta buku lainnya di media cetak. Mengampu beberapa mata kuliah, Etika Keperawatan, KDK, Keperawatan dasar, Komunikasi Keperawatan dan Keperawatan Maternitas. Saat ini terlibat aktif membimbing mahasiswa prodi DIII Keperawatan Magelang, Sarjana keperawatan Magelang serta membimbing mahasiswa profesi NERS.

Keperawatan Dasar

Keperawatan Dasar adalah mata kuliah yang harus benar-benar dipahami oleh mahasiswa-mahasiswi keperawatan yang akan menjadi fondasi dalam melakukan praktik dan memberikan keperawatan kepada pasien.

Buku ini membahas:

Bab 1 Teori Kebutuhan Dasar Manusia

Bab 2 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Oksigen Sesuai SPO

Bab 3 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Cairan dan Elektrolit Sesuai dengan Standar Prosedur Operasional

Bab 4 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Nutrisi Sesuai SPO (Standar Operasional Prosedur)

Bab 5 Prosedur Keperawatan dalam memenuhi Kebutuhan Eliminasi Sesuai SPO

Bab 6 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Aktivitas Sesuai SPO

Bab 7 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Perawatan Diri Sesuai SPO

Bab 8 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Istirahat dan Tidur Sesuai SPO

Bab 9 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Keseimbangan Suhu Tubuh Sesuai SPO

Bab 10 Prosedur Keperawatan dalam Memenuhi Kebutuhan Menjelang dan Akhir Kehidupan sesuai SPO



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-602-112-085-3



9 786231 133953