

Program Studi
Sarjana Terapan Kebidanan



MODUL 1

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA**

VISI

“Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan
Unggulan Kebidanan Komunitas”

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasis kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

MODUL 1
BAHAN AJAR CETAK
KEBIDANAN

**KEBUTUHAN
DASAR
MANUSIA**

DAFTAR ISI

BAB I: KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA	1
Topik 1.	
Pengertian Kebutuhan Dasar Manusia	3
Latihan	7
Ringkasan	7
Tes 1	8
Topik 2.	
Konsep Kebutuhan Psikososial, Sexual dan Spiritual	11
Latihan	27
Ringkasan.....	27
Tes 2	28
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	29
DAFTAR PUSTAKA	31
BAB II: PEMERIKSAAN FISIK PADA ORANG DEWASA	32
Topik 1.	
Pemeriksaan Fisik	33
Latihan	45
Ringkasan	46
Tes 1	46
Topik 2.	
Proses Keperawatan	49
Latihan	53
Ringkasan	53
Tes 2	53
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	56
DAFTAR PUSTAKA	57
BAB III: PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL	58
Topik 1.	
Pemeriksaan Fisik	59
Latihan	71
Ringkasan	72
Tes 1	72

Topik 2.	
Proses Keperawatan	75
Latihan	79
Ringkasan	79
Tes 2	79
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	82
DAFTAR PUSTAKA	83

BAB I

KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

PENDAHULUAN

Manusia adalah makhluk ciptaan Tuhan yang paling utama, mempunyai beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi jika ingin dalam keadaan sehat dan seimbang. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Keadaan seimbang fisiologis dan psikologis itulah yang akan kita capai dalam membantu memenuhi kebutuhan klien yang kita asuh. Untuk itu teman-teman kami ajak untuk bersama-sama belajar tentang konsep kebutuhan dasar manusia. Pada bab ini dibahas tentang Kebutuhan Dasar Manusia 1 menjelaskan tentang 1) konsep manusia, pengertian kebutuhan dasar manusia, macam kebutuhan dasar manusia menurut beberapa ahli, 2) menuliskan konsep asuhan keperawatan pada lingkup kebutuhan dasar manusia mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi, 3) mengidentifikasi konsep pengukuran tanda-tanda vital, sehingga pada akhirnya nanti dapat melakukan pemeriksaan fisik secara keseluruhan (*head to toe*), dan seterusnya tentang kebutuhan-kebutuhan kita sebagai manusia seperti: kebutuhan personal hygiene, kebutuhan eliminasi urine, kebutuhan eliminasi bowel, kebutuhan istirahat/tidur, kebutuhan aktivitas, sampai dengan kebutuhan rasa aman dan nyaman serta dapat melakukan tindakan prosedur keperawatan yang diperlukan dalam asuhan dengan mempelajari panduan praktikum. Sedangkan kebutuhan yang lain akan dibahas di mata kuliah Kebutuhan Dasar Manusia 2.

Nah..... sahabat, sebagai seorang perawat, Anda harus bisa memahami kebutuhan manusia yang mendasari kita dalam memberi asuhan keperawatan kepada klien dengan baik, sehingga dapat menerapkan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan tersebut.

Dalam memberikan asuhan keperawatan kita sebagai seorang perawat harus bisa melakukannya dengan mengikuti langkah-langkah proses keperawatan, mulai dari pengkajian sampai dengan langkah evaluasi yang penerapannya harus dilaksanakan secara berurutan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

Setelah mempelajari materi ini saudara diharapkan dapat mengidentifikasi konsep kebutuhan dasar manusia dengan benar, menguraikan model kebutuhan manusia menurut para ahli dengan lengkap, menguraikan konsep kebutuhan psikososial menurut Erick H. Erikson dengan benar, mengidentifikasi kebutuhan spiritual dengan baik dan menguraikan konsep kebutuhan seksual.

✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

Mahasiswa sekalian dalam bab ini dibahas tentang konsep kebutuhan dasar manusia, model kebutuhan manusia menurut beberapa ahli, konsep kebutuhan psikososial, spiritual dan seksual. Pemahaman tentang materi ini akan memberikan dasar kita dalam memberikan asuhan keperawatan. Materi-materi ini akan menuntun sahabat semua untuk memahami sasaran asuhan kita sebagai seorang perawat profesional pemula. Semoga dengan pemahaman ini Anda akan lebih mudah mempelajari materi-materi lainnya sampai nanti Anda menyelesaikan waktu kuliah di Diploma 3 Keperawatan.

Topik 1

Pengertian Kebutuhan Dasar Manusia

A. PENGERTIAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

Sebelum kita mempelajari kebutuhan dasar manusia, kita harus mengenal konsep manusia terlebih dahulu, karena sasaran asuh kita sebagai seorang perawat adalah manusia dari berbagai kelompok umur dan manusia dengan segala kebutuhannya. Manusia dapat ditinjau dari dua sudut pandang, yaitu manusia sebagai makhluk holistik dan manusia sebagai sistem.

1. Manusia sebagai Makhluk Holistik

Manusia sebagai makhluk holistik merupakan makhluk yang utuh atau paduan dari unsur biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Sebagai makhluk biologis, manusia tersusun atas sistem organ tubuh yang digunakan untuk mempertahankan hidupnya, mulai dari lahir, tumbuh kembang, hingga meninggal. Sebagai makhluk psikologis, manusia mempunyai struktur kepribadian, tingkah laku sebagai manifestasi kejiwaan, dan kemampuan berpikir serta kecerdasan. Sebagai makhluk sosial, manusia perlu hidup bersama orang lain, saling bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup, mudah dipengaruhi kebudayaan, serta dituntut untuk bertingkah laku sesuai dengan harapan dan norma yang ada. Sebagai makhluk spiritual, manusia memiliki keyakinan, pandangan hidup, dan dorongan hidup yang sejalan dengan keyakinan yang dianutnya.

Jadi maksudnya di sini adalah bila kita memandang manusia, kita harus melihatnya secara utuh menyeluruh tidak boleh di penggal-penggal. Misalnya apabila seseorang sedang dirawat karena sakit, sebagai makhluk holistik, dia akan mengalami beberapa gangguan, selain gangguan fisik/biologis, secara bersamaan dia juga mengalami gangguan psikologis, sosial dan spiritual, oleh karena itu sebagai seorang perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan harus memperlakukan manusia/klien secara holistik/menyeluruh tidak terpisah-pisah, misalnya kalau klien dirawat karena kanker payudara, yang diperhatikan bukan hanya payudaranya (fisik/biologis) saja tetapi secara utuh bagaimana psikologis, sosial dan spiritualnya.

Demikian saudara, konsep manusia secara holistik. Nah....saudara., setelah Anda memahami konsep manusia sebagai makhluk holistik, mari kita lanjutkan dengan materi berikutnya, yaitu manusia sebagai sistem.

2. Manusia sebagai Sistem

Manusia sebagai sistem terdiri atas sistem adaptif, personal, interpersonal, dan sosial. Sistem adaptif merupakan proses perubahan individu sebagai respons terhadap perubahan lingkungan yang dapat mempengaruhi integritas atau keutuhan. Sebagai sistem personal, manusia memiliki proses persepsi dan bertumbuh kembang. Sebagai sistem interpersonal,

manusia dapat berinteraksi, berperan, dan berkomunikasi terhadap orang lain. Sedangkan sebagai sistem sosial, manusia memiliki kekuatan dan wewenang dalam pengambilan keputusan di lingkungannya, baik dalam keluarga, masyarakat, maupun lingkungan.

Contoh: apabila seseorang sedang dirawat karena sakit...sebagai sistem, dia akan melakukan penyesuaian terhadap lingkungan rumah sakit, terhadap orang-orang yang merawat, terhadap sesama klien, dan secara bersamaan juga dia akan mengalami gangguan terhadap semua hal tersebut apabila dia tidak bisa melakukan adaptasi. Namun apabila dia tidak mampu beradaptasi dia akan mengalami gangguan.

B. KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu: kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Potter dan Patricia,1997). Manusia memiliki kebutuhan dasar yang bersifat heterogen. Setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama, akan tetapi karena budaya, maka kebutuhan tersebutpun ikut berbeda. Dalam memenuhi kebutuhan manusia menyesuaikan diri dengan prioritas yang ada.

Saudara dalam memenuhi kebutuhan kita sebagai manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor, marilah kita pelajari selanjutnya tentang faktor apa saja yang mempengaruhi.

1. Model Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Beberapa Ahli.

Saudara...berikut akan dibahas beberapa ahli yang memahami kebutuhan dasar manusia.

a. Abraham Maslow

Teman-teman pasti masih ingat dengan nama Maslow, beliau membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam lima tingkat berikut:

Kebutuhan fisiologis, merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual, kebutuhan kedua adalah Kebutuhan rasa aman dan perlindungan yang dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya, sedangkan perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali, karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi

dengan orang lain dan sebagainya. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya, kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain, dan yang terakhir/ke lima kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Untuk lebih jelas dapat dilihat di bagan berikut:



Gambar 1.1: Hirarki kebutuhan dasar menurut A. Maslow

b. Imogine King

King berpendapat bahwa manusia merupakan individu reaktif yang dapat bereaksi terhadap situasi orang dan objek tertentu. Beliau juga mengatakan bahwa manusia sebagai makhluk yang berorientasi pada waktu, dia tidak terlepas dari tiga kejadian dalam hidupnya, yaitu masa lalu, masa sekarang dan masa yang akan datang. Sebagai makhluk sosial, manusia hidup bersama orang lain dan selalu berinteraksi satu sama yang lain. Sesuai dengan hal tersebut, King membagi kebutuhan manusia menjadi:

- 1) Kebutuhan akan informasi kesehatan
- 2) Kebutuhan akan pencegahan penyakit
- 3) Kebutuhan akan perawatan jika sakit.

c. Martha E. Rogers

Beliau berpendapat bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh serta memiliki sifat dan karakter yang berbeda. Manusia selalu berinteraksi dengan lingkungan dan saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya. Dalam proses kehidupannya, manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikannya masing-masing. Dengan kata lain, setiap

individu tidak ada yang sama satu sama yang lainnya, walaupun mereka dilahirkan kembar. Konsep Martha E. Rogers ini dikenal dengan konsep manusia sebagai unit.

d. *Johnson*

Johnson mengungkapkan pandangannya dengan menggunakan pendekatan sistem perilaku. 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 terjadi karena hal tersebut.

e. *Virginia Henderson*

Ibu Virginia Henderson (dalam Potter dan Perry, 1997) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam 14 komponen berikut yaitu manusia harus dapat bernafas secara normal, makan dan minum yang cukup, setiap hari harus bisa buang air besar dan buang air kecil (eliminasi) dengan lancar, bisa bergerak dan mempertahankan postur tubuh yang diinginkan, bisa tidur dan istirahat dengan tenang, memilih pakaian yang tepat dan nyaman dipakai, mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang dikenakan dan memodifikasikan lingkungan, menjaga kebersihan diri dan penampilan, menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain, berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini, beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan, bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup, bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi dan belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

f. *Jean Watson*

Jean Watson (dalam B. Taleuto, 1995) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam dua peringkat utama yaitu kebutuhan yang tingkatnya lebih rendah (*lower order needs*) dan kebutuhan yang tingkatnya lebih tinggi (*higher order needs*). Pemenuhan kebutuhan yang tingkatnya lebih rendah tidak selalu membantu upaya kompleks manusia untuk mencapai aktualisasi diri. Tiap kebutuhan dipandang dalam konteksnya terhadap kebutuhan lain, dan semuanya dianggap penting.

g. *Sister Calista Roy*

Pendapat Roy, bahwa manusia sebagai individu dapat meningkatkan kesehatannya dengan mempertahankan perilaku yang adaptif dan mengubah perilaku mal adaptif. Sebagai makhluk biopsikososial, manusia selalu berinteraksi dengan lingkungannya. Untuk mencapai suatu posisi seimbang/homeostasis, manusia harus bisa beradaptasi dengan perubahan yang terjadi. Adaptasi tersebut dilakukan dengan beberapa rangsangan, yaitu: rangsangan fokal, kontekstual dan residual. Dalam proses penyesuaian diri, individu harus meningkatkan

energinya agar mampu mencapai tujuan berupa kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi serta keunggulan. Dengan demikian individu selalu mempunyai tujuan untuk respons adaptif. Bila disingkat pendapat Roy, dikatakan bahwa individu sebagai makhluk biopsikososiospiritual merupakan satu kesatuan yang utuh, memiliki mekanisme koping untuk beradaptasi dengan perubahan lingkungan yang terjadi melalui interaksi yang dilakukan terhadap perubahan lingkungan tersebut.

2. Faktor yang Memengaruhi Kebutuhan Dasar Manusia

Teman-teman pasti sudah tahu kalau secara umum terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan dasar manusia itu seperti: Penyakit, hubungan keluarga, konsep diri, tahap perkembangan dan struktur keluarga, maksudnya disini kita sebagai manusia akan berusaha memenuhi kebutuhannya demi konsep diri yang tinggi, dan tahap perkembangan yaitu dari bayi baru lahir sampai dengan kita tutup usia kebutuhan tetap akan berkembang sesuai dengan berjalannya umur. Untuk memberikan alasan mengapa faktor-faktor di atas bisa mempengaruhi kebutuhan dasar manusia, silakan saudara mencari contoh-contoh dalam kehidupan sehari-hari.

Latihan

Teman-teman....untuk memperdalam pemahaman Anda pada materi ini, kami menambahkan beberapa tugas yang harus Anda kerjakan.

Lakukan pengamatan pada beberapa klien Anda, tuliskan bagaimana Anda memandang mereka kalau dihubungkan dengan konsep manusia.

Amati bayi baru lahir, bayi, anak-anak, remaja, orang dewasa dan manusia usia lanjut, kemudian Anda tuliskan bagaimana mereka memenuhi kebutuhannya dan gangguan pemenuhan kebutuhan apa yang lazim terjadi pada usia mereka. Anda tulis sebagai lembar kerja dan konsulkan pada tutor/ pembimbing yang ada di dekat Anda.

Petunjuk Jawaban Latihan

Siapkan alat tulis menulis (kertas, ballpoint), kemudian Anda amati klien yang Anda asuh, lalu dibuat suatu rangkuman, dan minta tolong teman untuk menilai atau kalau Anda dekat dengan fasilitator, datang ke beliau untuk mendapatkan penilaian

Ringkasan

Baiklah teman-teman..., telah kita pelajari tentang konsep manusia dan kebutuhan dasarnya,. marilah kita buat rangkuman untuk memudahkan pemahaman materi ini. Adapun rangkumannya adalah ...

Manusia sebagai makhluk holistik merupakan makhluk yang utuh atau paduan dari unsur biologis, psikologis, sosial dan spiritual, juga manusia sebagai sistem terdiri atas sistem

adaptif, personal, interpersonal, dan sosial. Kebutuhan dasar manusia harus terpenuhi dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, untuk mencapai kehidupan dan kesehatan yang optimal, apabila mengalami gangguan, maka manusia juga akan mengalami gangguan dalam kesehatannya.

Menurut beberapa ahli kebutuhan manusia ada bermacam-macam, seperti Abraham Maslow membagi kebutuhan dasar manusia menjadi lima tingkat yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan nyaman, kebutuhan kasih sayang (dicintai dan mencintai), kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri, sedangkan Henderson membagi menjadi 14 tingkatan yaitu dan Jean Watson membagi menjadi 2 macam.

Test 1

- 1) Di bawah ini benar konsep manusia sebagai makhluk holistik
 - A. merupakan makhluk yang utuh
 - B. manusia tersusun atas sistem organ tubuh
 - C. manusia memiliki kekuatan dan wewenang
 - D. manusia perlu hidup bersama orang lain

- 2) Tn. K, umur 35 tahun, datang ke tempat Anda karena kakinya terkena cangkul, luka terbuka dan berdarah. Bila dihubungkan dengan konsep manusia sebagai makhluk holistik, tindakan keperawatan apa yang akan Anda kerjakan?
 - A. memberikan obat anti nyeri, karena lukanya pasti terasa nyeri
 - B. merawat lukanya dengan benar dan selalu memperhatikan reaksi klien
 - C. menanyakan keluarganya, siapa nanti yang akan merawat bila di rumah
 - D. melakukan perawatan lukanya dengan teknik septik aseptik yang benar

- 3) An. A, umur 3 tahun, digendong orang tuanya datang ke tempat Anda karena beberapa hari badannya panas. Sampai di tempat Anda dia tidak mau turun dari gendongan orang tuanya dan menangis keras. Bila Anda mendekati tangisan A semakin keras. Bila ditinjau dari konsep manusia, bahwa manusia sebagai makhluk sosial, apa yang Anda lakukan?
 - A. membiarkan anak mengamati lebih lama tempat Anda bekerja
 - B. memberi tahu orang tuanya supaya segera membawa pulang anaknya
 - C. memaksa anak turun dari gendongan, karena tangisan anak hal biasa
 - D. membujuk anak supaya mau diperiksa dan segera mendapat pertolongan

- 4) Tn. H, umur 50 tahun datang sendiri berobat ke tempat Anda karena batuk dan sesak nafas sejak kemarin. Setelah Anda periksa ternyata badannya panas juga, kemudian Anda memberi obat batuk dan sesak, serta memberi tahu Tn. H. supaya beliau banyak minum air. Alasan Anda melakukan tindakan ini adalah
 - A. minum air bisa menambah daya tahan tubuh klien

🗑️ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** 🗑️ ■

- B. panas badan akan meningkatkan pengeluaran air dari tubuh
 - C. obat yang diberikan hanya bisa bekerja bila kliennya banyak minum
 - D. memang seperti itu yang dilakukan kepada setiap pasien batuk, sesak, panas
- 5) Seorang klien laki-laki umur 55 tahun, datang ke tempat Anda karena badannya panas dan kedinginan, nampak kurus dan kotor, tindakan keperawatan pertama yang Anda kerjakan adalah
- A. memberinya obat panas dan selimut
 - B. memberinya obat penambah nafsu makan
 - C. membersihkan badannya dulu sebelum Anda layani
 - D. menanyakan keluhan apalagi yang dirasakan klien.
- 6) Anda sedang dinas di puskesmas, tiba-tiba Anda didatangi seorang seorang ibu yang menggendong anaknya sedang sakit panas, ibunya menangis karena anaknya sempat tidak sadar di rumah. Sesuai dengan kebutuhan dasar manusia menurut Maslow apa yang pertama kali Anda lakukan pada anaknya
- A. segera memberi kompres hangat dan memberikan obat penurun panas
 - B. membaringkan anak di tempat tidur yang datar, empuk dan tertutup
 - C. segera memberi minum air putih sebanyak-banyaknya
 - D. memasang infus untuk memberikan cairan dan nutrisi
- 7) Anda sedang dinas di puskesmas, tiba-tiba Anda didatangi seorang seorang ibu yang menggendong anaknya sedang sakit panas, ibunya menangis tersedu-sedu karena bingung. Sesuai dengan kebutuhan dasar manusia menurut Maslow apa yang pertama kali Anda lakukan pada ibunya
- A. memberi obat penenang supaya tidak gaduh
 - B. memberi tahu ibu untuk memanggil suaminya datang
 - C. memberi minum air putih dan mempersilakan duduk
 - D. menyarankan ibu untuk tenang, tidak panik, tarik nafas
- 8) Anda sedang di rumah, datang seorang ibu dengan menggendong anaknya yang masih bayi karena dari pagi hari mencret, setelah Anda periksa ternyata anaknya mengalami dehidrasi ringan. Sesuai dengan kebutuhan dasar manusia, Anda memberikan oralit dan menjelaskan cara meminumnya, alasan ada melakukan hal ini adalah
- A. memberi rasa tenang pada ibunya karena anaknya segera ditangani
 - B. melaksanakan protap yang sudah biasa dilakukan di puskesmas
 - C. memenuhi kebutuhan cairan yang hilang karena mencret
 - D. memenuhi kebutuhan fisiologis yang terganggu

✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

- 9) Sebagai seorang perawat, orang yang sedang sakit dan dirawat di puskesmas harus kita berikan perhatian lebih bila dibandingkan dengan orang yang sehat. Hal ini memenuhi filosofi bahwa manusia itu sebagai makhluk yang
- A. terbuka
 - B. utuh
 - C. holistik
 - D. sakit
- 10) Salah satu faktor yang mempengaruhi kebutuhan dasar manusia adalah faktor penyakit, maksudnya
- A. pada penyakit tertentu memerlukan kebutuhan yang berbeda
 - B. bila kita sehat tidak perlu memenuhi semua kebutuhan
 - C. orang yang sakit kebutuhannya harus tetap terpenuhi
 - D. penyakit bisa mengganggu pemenuhan kebutuhan

Topik 2

Konsep Kebutuhan Psikososial, *Sexual* dan Spiritual

Ada tiga konsep kebutuhan dasar yang berikut ini, yaitu kebutuhan psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik. masalah kejiwaan dan kemasyarakatan yang mempunyai pengaruh timbal balik, sebagai akibat terjadinya perubahan sosial dan atau gejala sosial dalam masyarakat yang dapat menimbulkan gangguan jiwa (Depkes, 2011).

Yang kedua adalah kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (*feed back*) antara kedua individu tersebut. Kata seks sering digunakan dalam dua cara. Paling umum seks digunakan untuk mengacu pada bagian fisik dari berhubungan, yaitu aktivitas seksual genital. Seksualitas di lain pihak adalah istilah yang lebih luas. Seksualitas diekspresikan melalui interaksi dan hubungan dengan individu dari jenis kelamin yang berbeda atau sama dan mencakup pikiran, pengalaman, pelajaran, ideal, nilai, fantasi, dan emosi.

Sedangkan konsep kebutuhan spiritual adalah yang ketiga, memiliki delapan batas tetapi saling tumpang tindih: energi, transendensi diri, keterhubungan, kepercayaan, realitas eksistensial, keyakinan dan nilai, kekuatan batiniah, harmoni dan batin nurani. Spiritualitas memberikan individu energi yang dibutuhkan untuk menemukan diri mereka, untuk beradaptasi dengan situasi yang sulit dan untuk memelihara kesehatan.

Pada bagian berikut Bab 1 ini kita akan mempelajari tiga konsep yaitu: konsep kebutuhan psikososial, konsep kebutuhan seksual dan konsep kebutuhan spiritual.

A. KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL

1. Pengertian Kebutuhan Psikososial

Manusia adalah makhluk biopsikososial yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi. Manusia selalu berusaha untuk mempertahankan keseimbangan hidupnya. Keseimbangan yang dipertahankan oleh setiap individu untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya, keadaan ini disebut dengan sehat. Sedangkan seseorang dikatakan sakit apabila gagal dalam mempertahankan keseimbangan diri dan lingkungannya. Sebagai makhluk sosial, untuk mencapai kepuasan dalam kehidupan, mereka harus membina hubungan interpersonal positif .

Sebagai contoh: seseorang yang sakit dan dirawat di rumah sakit, walaupun dalam keadaan sakit, dia tetap masih berhubungan dengan sesama klien yang dirawat, dan tetap juga menyesuaikan diri terhadap lingkungan rumah sakit yang baru, sehingga dalam proses penyembuhan dia tidak hanya sembuh dari penyakitnya tetapi juga bisa mendapatkan kawan baru yang baik yang dapat mendukungnya untuk mencapai kesembuhan tersebut di samping keluarganya.

Sampai di sini mudah-mudahan bisa dipahami ya teman-teman, mari kita lanjutkan materi selanjutnya.

Salah satu hal yang dibahas pada kebutuhan psikososial adalah status emosi. Setiap individu mempunyai kebutuhan emosi dasar, termasuk kebutuhan akan cinta, kepercayaan, otonomi, identitas, harga diri, penghargaan dan rasa aman. Schultz (1966) merangkum kebutuhan tersebut sebagai kebutuhan interpersonal untuk inklusi, kontrol dan afeksi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, akibatnya dapat berupa perasaan atau perilaku yang tidak diharapkan, seperti ansietas, kemarahan, kesepian dan rasa tidak pasti.

Kebutuhan interpersonal akan inklusi, kontrol dan afeksi kadang saling tumpang tindih dan berkesinambungan. Maksudnya di sini dalam berhubungan dengan sesama manusia, kita tetap saling menjaga satu sama lain sehingga bisa saling diterima dan terjalin hubungan yang harmonis. Kebutuhan akan inklusi merupakan kebutuhan untuk menetapkan dan memelihara hubungan yang memuaskan dengan orang.

Dalam lingkungan perawatan kesehatan, kebutuhan inklusi dapat dipenuhi dengan memberi informasi dan menjawab semua pertanyaan, menjelaskan tanggung jawab perawat dalam memberi perawatan dan mengenali kebutuhan serta kesukaan pasien. Kebutuhan akan kontrol berhubungan dengan kebutuhan untuk menentukan dan memelihara hubungan yang memuaskan dengan orang lain dengan memperhatikan kekuasaan, pembuatan keputusan dan otoritas.

Contoh: Saat orang melepaskan tanggung jawab pribadinya dan menjadi pasien yang sangat terikat dan tidak berdaya yang selalu meminta petunjuk dari semua orang mengenai apa yang harus dilakukan dan bagaimana melakukannya. Dibalik perilaku itu tersembunyi ansietas, bermusuhan dan kurang percaya terhadap orang lain atau diri sendiri. Intervensi keperawatan yang membantu pasien menerima tanggung jawab untuk membuat keputusan mengenai perawatan pasien yang menunjang pemulihan kontrol.

Kebutuhan Afeksi :Seseorang membangun hubungan saling memberi dan saling menerima berdasarkan saling menyukai. Afeksi diungkapkan dengan kata-kata cinta, suka, akrab secara emosional, pribadi,sahabat, dan intimasi.

2. Teori Psikososial

Temannya mudah-mudahan masih ingat tokoh psikososial Erik H. Erikson. Beliau berasumsi bahwa:

- a. Perkembangan kepribadian manusia terjadi sepanjang rentang kehidupan
- b. Perkembangan kepribadian manusia dipengaruhi oleh interaksi sosial—hubungan dengan orang lain
- c. Perkembangan kepribadian manusia ditentukan oleh keberhasilan atau kegagalan seseorang mengatasi krisis yang terjadi pada setiap tahapan sepanjang rentang kehidupan.

a. Tahap Perkembangan Psikososial

Erik H. Erikson menyatakan ada delapan tahap/fase perkembangan kepribadian memiliki ciri utama setiap tahapnya adalah di satu pihak bersifat biologis. Adapun tingkatan dalam delapan tahap perkembangan yang dilalui oleh setiap manusia adalah sebagai berikut:

1) *Trust vs Mistrust* (percaya vs tidak percaya)

Terjadi pada usia 0 s/d 18 bulan, dari lahir sampai usia satu tahun dan merupakan tingkatan paling dasar dalam hidup. Pada bayi sangat tergantung dari pengasuhan. Jika anak berhasil membangun kepercayaan, dia akan merasa selamat dan aman dalam dunia.

2) *Autonomy vs Shame and Doubt* (otonomi vs malu dan ragu-ragu)

Terjadi pada usia 18 bulan s/d 3 tahun. Masa awal kanak-kanak dan berfokus pada perkembangan besar dari pengendalian diri. Latihan penggunaan toilet adalah bagian yang penting. Kejadian-kejadian penting lain meliputi pemerolehan pengendalian lebih yakni atas pemilihan makanan, mainan yang disukai, dan juga pemilihan pakaian. Anak yang berhasil melewati tingkat ini akan merasa aman dan percaya diri, sementara yang tidak berhasil akan merasa tidak cukup dan ragu-ragu terhadap diri sendiri.

3) *Initiative vs Guilt* (inisiatif dan rasa bersalah)

Terjadi pada usia 3 s/d 5 tahun. Masa usia prasekolah mulai menunjukkan kekuatan dan kontrolnya akan dunia melalui permainan langsung dan interaksi sosial lainnya. Anak yang berhasil dalam tahap ini merasa mampu dan kompeten dalam memimpin orang lain. Adanya peningkatan rasa tanggung jawab dan prakarsa. Mereka yang gagal mencapai tahap ini akan merasakan perasaan bersalah, perasaan ragu-ragu, dan kurang inisiatif. Rasa bersalah dapat digantikan dengan cepat oleh rasa berhasil.

4) *Industry vs inferiority* (tekun vs rasa rendah diri)

Terjadi pada usia 6 s/d pubertas, melalui interaksi sosial, anak mulai mengembangkan perasaan bangga terhadap keberhasilan dan kemampuan mereka. Anak yang didukung dan diarahkan oleh orang tua dan guru membangun pesan kompeten dan percaya dengan keterampilan yang dimilikinya. Anak yang menerima sedikit atau tidak sama sekali dukungan dari orang tua, guru, atau teman sebaya akan merasa ragu akan kemampuannya untuk berhasil. Prakarsa yang dicapai sebelumnya memotivasi mereka

untuk terlibat dengan pengalaman baru. Ketika beralih ke masa pertengahan dan akhir kanak-kanak, mereka mengarahkan energi mereka menuju penguasaan pengetahuan dan keterampilan intelektual. Permasalahan yang dapat timbul pada tahun sekolah dasar adalah berkembangnya rasa rendah diri, perasaan tidak berkompeten dan tidak produktif. Guru memiliki tanggung jawab khusus bagi perkembangan ketekunan anak-anak.

5) *Identity vs identify confusion* (identitas vs kebingungan identitas)

Terjadi pada masa remaja, yakni usia 10 s/d 20 tahun. Selama remaja ia mengeksplorasi kemandirian dan membangun kepekaan dirinya. Anak dihadapkan dengan penemuan siapa, bagaimana, dan ke mana mereka menuju dalam kehidupannya. Anak dihadapkan memiliki banyak peran baru dan status sebagai orang dewasa, pekerjaan dan romantisme. Jika remaja menjajaki peran dengan cara yang sehat dan positif maka identitas positif akan dicapai. Jika suatu identitas remaja ditolak oleh orang tua, tidak secara memadai menjajaki banyak peran, jalan masa depan positif tidak dijelaskan, maka kebingungan identitas merajalela. Bagi mereka yang menerima dukungan memadai maka eksplorasi personal, kepekaan diri, perasaan mandiri dan kontrol dirinya akan muncul dalam tahap ini. Bagi mereka yang tidak yakin terhadap kepercayaan diri dan hasratnya, akan muncul rasa tidak aman dan bingung terhadap diri dan masa depannya.

6) *Intimacy vs isolation* (keintiman vs keterkucilan)

Terjadi selama masa dewasa awal (20an s/d 30an tahun). Tahap ini penting, yaitu tahap seseorang membangun hubungan yang dekat & siap berkomitmen dengan orang lain. Mereka yang berhasil di tahap ini, akan mengembangkan hubungan yang komit dan aman. Identitas personal yang kuat penting untuk mengembangkan hubungan yang intim. Jika mengalami kegagalan, maka akan muncul rasa keterasingan dan jarak dalam interaksi dengan orang.

7) *Generativity vs Stagnation* (Bangkit vs Stagnan)

Terjadi selama masa pertengahan usia dewasa. Selama masa ini, mereka melanjutkan membangun hidupnya berfokus terhadap karier dan keluarga. Mereka yang berhasil dalam tahap ini, maka akan merasa bahwa mereka berkontribusi terhadap dunia. Mereka yang gagal melalui tahap ini, akan merasa tidak produktif dan tidak terlibat di dunia ini.

8) *Integrity vs depair* (integritas vs putus asa)

Terjadi selama masa akhir dewasa. Cenderung melakukan cerminan diri terhadap masa lalu. Mereka yang tidak berhasil pada fase ini, akan merasa bahwa hidupnya percuma dan mengalami banyak penyesalan. Individu akan merasa kepahitan hidup dan putus asa. Mereka yang berhasil melewati tahap ini, berarti ia dapat mencerminkan keberhasilan dan kegagalan yang pernah dialami. Individu ini akan mencapai kebijaksanaan, meskipun saat menghadapi kematian.

b. Kriteria kepribadian yang sehat

- 1) Citra tubuh positif dan akurat
Kesadaran akan diri berdasar atas observasi mandiri dan perhatian yang sesuai akan kesehatan diri. Termasuk persepsi saat ini dan masa lalu.
- 2) Ideal dan realitas
Individu mempunyai ideal diri yang realitas dan mempunyai tujuan hidup yang dapat dicapai.
- 3) Konsep diri yang positif
Konsep diri yang positif menunjukkan bahwa individu akan sesuai dalam hidupnya.
- 4) Harga diri tinggi
Seseorang yang akan mempunyai harga diri tinggi akan memandang dirinya sebagai seorang yang berarti dan bermanfaat. Ia memandang dirinya sama dengan apa yang ia inginkan.
- 5) Kepuasan penampilan peran
Individu yang mempunyai kepribadian sehat akan dapat berhubungan dengan orang lain secara intim dan mendapat kepuasan, dapat memercayai dan terbuka pada orang lain serta membina hubungan interdependen.
- 6) Identitas jelas
Individu merasakan keunikan dirinya yang memberi arah kehidupan dalam mencapai tujuan.

c. Karakteristik konsep diri rendah

- 1) Menghindari sentuhan atau melihat bagian tubuh tertentu
- 2) Tidak mau berkaca
- 3) Menghindari diskusi tentang topik dirinya
- 4) Menolak usaha rehabilitasi
- 5) Melakukan usaha sendiri dengan tidak tepat
- 6) Mengingkari perubahan pada dirinya
- 7) Peningkatan ketergantungan pada yang lain
- 8) Tanda dari keresahan seperti marah, keputusasaan, dan menangis
- 9) Menolak berpartisipasi dalam perawatan dirinya.

3. Stres dan Adaptasi

Stres merupakan bagian dari kehidupan yang mempunyai efek positif dan negatif yang disebabkan karena perubahan lingkungan. Secara sederhana stres adalah kondisi di mana adanya respons tubuh terhadap perubahan untuk mencapai normal. Sedangkan stresor adalah sesuatu yang dapat menyebabkan seseorang mengalami stres. Stresor dapat berasal dari internal misalnya, perubahan hormon, sakit maupun eksternal misalnya, temperatur dan pencemaran.

Seseorang mengalami situasi bahaya, maka respons akan muncul. Respons yang tidak disadari pada saat tertentu disebut respons koping. Perubahan dari suatu keadaan dari

respons akibat stresor disebut adaptasi. Adaptasi sesungguhnya terjadi apabila adanya keseimbangan antara lingkungan internal dan eksternal. Contoh adaptasi misalnya: optimalnya semua fungsi tubuh, pertumbuhan normal, normalnya reaksi antara fisik dan emosi, kemampuan menolerir perubahan situasi.

a. Fisiologi Stres dan Adaptasi

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

b. Respons fisiologi terhadap stres

Respons fisiologi terhadap stres dapat diidentifikasi menjadi dua yaitu lokal adaptation syndrome (LAS) yaitu respons lokal tubuh terhadap stresor misalnya kalau kita menginjak paku maka secara refleks kaki akan diangkat atau misalnya ada proses peradangan maka reaksi lokalnya dengan menambahkan sel darah putih pada lokasi peradangan dan *general adaptation syndrome* (GAS) yaitu reaksi menyeluruh terhadap stresor yang ada. Dalam proses GAS terdapat tiga fase:

- 1) pertama, reaksi peringatan ditandai oleh peningkatan aktivitas neuroendokrin yang berupa peningkatan pembuluh darah, nadi, pernapasan, metabolisme, glukosa dan dilatasi pupil.
- 2) kedua, fase resisten dimana fungsi kembali normal, adanya LAS, adanya koping dan mekanisme pertahanan.
- 3) ketiga, fase kelelahan ditandai dengan adanya vasodilatasi, penurunan tekanan darah, panik, krisis.

c. Faktor – Faktor Yang Dapat Menimbulkan Stres

- 1) Lingkungan yang asing.
Lingkungan yang masih asing pada sebagian orang bisa menimbulkan karena merasa tidak nyaman dan sendirian di lingkungan tersebut. Terlebih pada anak kecil, lingkungan yang asing bisa menimbulkan stres yang berkepanjangan bila tidak segera dilakukan pengenalan lebih lanjut.
- 2) Kehilangan kemandirian sehingga mengalami ketergantungan dan memerlukan bantuan orang lain.
Mereka yang kehilangan kemandiriannya akan berpikir yang tidak baik terhadap diri maupun orang lain. Hal ini memicu terjadinya stres pada orang yang bersangkutan.
- 3) Berpisah dengan pasangan dan keluarga

Keluarga merupakan lingkungan yang paling nyaman dan tenang. Mereka yang berpisah dengan keluarganya apalagi pasangannya akan merasa tidak tenang, hal ini bisa menimbulkan stres.

- 4) **Masalah biaya**
Walaupun dikatakan bahwa uang bukan segala-galanya dalam kehidupan ini, namun tidak bisa dipungkiri bahwa segala sesuatu memerlukan uang. Maka mereka yang tidak mempunyai uang akan merasa tidak tenang. Apalagi kalau mereka sakit, keadaan tidak ada biaya ini semakin menghambat proses penyembuhan.
- 5) **Kurang informasi**
Informasi adalah hal sangat mendukung keseimbangan kebutuhan manusia. Kalau kurang informasi bisa terjadi salah persepsi, salah pengertian dan sebagainya yang akhirnya nanti bisa menimbulkan gangguan. Kekurangan informasi atau informasi yang salah bisa menimbulkan efek yang kurang baik bagi kesembuhan klien yang kita asuh.
- 6) **Ancaman akan penyakit yang lebih parah**
Dengan menderita suatu penyakit sudah memberikan stres pada seseorang. Apalagi mereka tahu bahwa penyakitnya akan menjadi lebih parah, tentunya hal ini akan membuat klien semakin stres.
- 7) **Masalah pengobatan**
Bila menderita suatu penyakit, pasti kita akan mencari pengobatan. Namun secara tidak disadari pengobatan itu juga bisa menimbulkan stres bila tidak dilakukan dengan baik dan benar.

Dalam setiap tingkat, Erikson percaya setiap orang akan mengalami konflik/krisis yang merupakan titik balik dalam perkembangan. Erikson berpendapat, konflik-konflik ini berpusat pada perkembangan kualitas psikologi atau kegagalan untuk mengembangkan kualitas itu. Selama masa ini, potensi pertumbuhan pribadi meningkat. Begitu juga dengan potensi kegagalan.

B. KEBUTUHAN SEKSUAL

Kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (*feed back*) antara kedua individu tersebut. Kata seks sering digunakan dalam dua cara. Paling umum seks digunakan untuk mengacu pada bagian fisik dari berhubungan, yaitu aktivitas seksual genital. Seksualitas di lain pihak adalah istilah yang lebih luas. Seksualitas diekspresikan melalui interaksi dan hubungan dengan individu dari jenis kelamin yang berbeda atau sama dan mencakup pikiran, pengalaman, pelajaran, ideal, nilai, fantasi, dan emosi.

Perkembangan seks manusia berbeda dengan binatang dan bersifat kompleks. Jika pada binatang seks hanya untuk kepentingan mempertahankan generasi atau keturunan dan dilakukan pada musim tertentu dan berdasarkan dorongan insting. Pada manusia seksual

berkaitan dengan biologis, fisiologis, psikologis, sosial dan norma yang berlaku. Hubungan seks manusia dapat dikatakan bersifat sakral dan mulia sehingga secara wajar hanya dibenarkan dalam ikatan pernikahan.

Selanjutnya mari kita pelajari tinjauan seksual dari beberapa aspek:

Aspek biologis: aspek ini kita memandang seksual seperti pandangan anatomi dan fisiologis dari sistem reproduksi (seksual) kemampuan organ seks, dan adanya hormonal serta sistem sarap yang berfungsi atau berhubungan dengan kebutuhan seksual.

Aspek psikologis: aspek ini merupakan pandangan terhadap identitas jenis kelamin sebuah perasaan dari diri terhadap kesadaran identitasnya serta memandang gambaran seksual atau bentuk konsep diri yang lain. Misalnya kalau perempuan, merasa tertarik dengan laki-laki, akan berhias mempercantik diri bila bertemu laki-laki, demikian pula sebaliknya.

Aspek sosial budaya merupakan pandangan budaya atau keyakinan yang berlaku di masyarakat terhadap keutuhan seksual serta perilakunya di masyarakat. Misalnya perempuan sebelumnya menikah harus perawan. Di pedesaan perempuan umur 20 tahun belum menikah dikatakan perawan tua atau tidak laku, dan sebagainya.

1. Perkembangan Seksual

a. Masa pranatal dan bayi

Masa ini komponen fisik atau biologis sudah mulai berkembang. berkembangnya organ seksual maupun merespons rangsangan, seperti adanya ereksi penis pada laki-laki dan adanya pelumas bagian pada wanita. Perilaku ini terjadi ketika mandi, bayi merasakan adanya perasaan senang (Sigmund Freud), tahap perkembangan psiko seksual pada masa ini adalah :

- 1) Tahap oral, terjadi pada umur 0-1 tahun. Kepuasan, kesenangan, atau kenikmatan dapat dicapai dengan menghisap, menggigit, mengunyah, atau bersuara.
- 2) Tahap anal, terjadi pada umur 1-3 tahun. Kepuasan pada saat ini terjadi pada saat pengeluaran feses. Anak mulai menunjukan keakuannya, sikapnya sangat narsistik (cinta terhadap diri sendiri), dan egois, anak juga mulai mempelajari struktur tubuhnya.

b. Fase Kanak-kanak

Pada masa kanak-kanak perkembangan seksual bagi menjadi dua, yaitu

- 1) Tahap oedipal atau falik terjadi pada usia 3-5 tahun, rangsangan terjadi pada otoerotis yaitu meraba-raba bagian erogenya, mulai menyukai lawan jenis. Anak laki-laki cenderung suka pada ibunya dari pada ayahnya dan sebaliknya pada anak perempuan serta mulai megenal jenis kelamin yang di miliknya serta mulai interaksi dengan figur orang tuanya.
- 2) Tahap laten terjadi pada usia 5-13 tahun pada masa ini mulai memasuki masa pubertas dan berhadapan langsung pada tuntutan sosial

c. *Masa pubertas*

Masa ini sudah mencapai kematangan fisik dan aspek sosial, dan akan terjadi kematangan psikologis. Terjadi perubahan ditandai dengan adanya citra tubuh, perhatian yang sangat besar terhadap perubahan fungsi tubuh, pembelajaran tentang perilaku, kondisi sosial. Tahap genital terjadi pada umur 12 tahun tahap ini merupakan tahap suka pada lawan jenis sudah matang.

d. *Masa dewasa muda dan pertengahan umur*

Pada tahap ini perkembangan fisik sudah cukup dan ciri seks sekunder mencapai puncaknya yaitu pada usia 18-30 tahun pada masa ini terjadi perubahan hormonal pada wanita ditandai dengan penurunan estrogen, pengecilan payudara dan vagina penurunan cairan vagina selanjutnya akan terjadi penurunan reaksi ereksi, pada pria ditandai dengan penurunan ukuran penis dan semen.

2. Penyimpangan-Penyimpangan Seksual pada Orang Dewasa

Ada beberapa penyimpangan seksual yang sekarang menjadi trend, yang tentunya sangat mengganggu ketenangan kita bermasyarakat. Penyimpangan itu adalah:

a. *Pedofilia*

Kepuasan seksual dapat dicapai pada objek anak-anak disebabkan kelainan mental. Anak-anak adalah tempat pemuas nafsu seks orang-orang ini. Kasus seperti ini pada era sekarang semakin meningkat, dan kita sebagai tenaga kesehatan harus bisa mencegah kejadian ini, karena merupakan kasus kelainan mental.

b. *Eksibisionisme*

Pada keadaan ini, kepuasan seksual seseorang dicapai dengan mempertontonkan alat kelamin di depan umum. Keadaan ini pun merupakan kelainan mental yang harus dilakukan perawatan.

c. *Fetisisme*

Kepuasan seksual dapat dicapai dengan menggunakan benda seks seperti sepatu hak tinggi, pakaian dalam, stoking atau lain-lain disebabkan karena eksperimen seksual dan bedah pergantian kelamin.

d. *Transvestisme*

Kepuasan seksual dicapai dengan menggunakan pakaian lawan jenis dan melakukan peran seks yang berlawanan misalnya pria yang senang menggunakan pakaian dalam wanita.

e. *Transeksualisme*

Bentuk penyimpangan seksualitas ditandai dengan perasaan tidak senang terhadap alat kelaminnya sendiri, adanya keinginan untuk berganti kelamin.

f. Voyerisme atau skopofilia

Kepuasan seksual dicapai dengan melihat alat kelamin orang lain atau aktivitas seksual yang dilakukan orang lain

g. Masokisme

Kepuasan seksual dicapai dengan kekerasan. Maksudnya dengan melakukan kekerasan terhadap pasangannya adalah kepuasan seksual dapat tercapai.

h. Sadisme

Kepuasan seksual dicapai dengan menyakiti objeknya, baik secara fisik ataupun psikologis. Kasus ini pernah dialami artis Manohara yang selalu disakiti oleh pasangannya setiap melakukan hubungan seksual.

i. Homoseksual dan lesbianisme

Kenyimpangan seksual ditandai dengan ketertarikan fisik maupun emosi kepada sesama jenis. Maksudnya laki-laki tertarik pada laki-laki juga, dan perempuan tertarik pada perempuan juga.

j. Zofilia

Kepuasan seksual seseorang dicapai dengan objek binatang, bisa terjadi pada binatang seperti sapi, anjing, kuda, bahkan ayam.

k. Sodomi

Kepuasan seksual dicapai bila berhubungan melalui anus. Hal ini sangat berbahaya bagi perempuan bisa terjadi perdarahan karena pecahnya pembuluh darah pada anus, dan bahaya pada laki-laki bisa terjadi infeksi karena anus adalah tempat tinja yang semua orang tahu banyak bakteri terdapat disana.

l. Nekropilia kepuasan dengan menggunakan objek mayat

Kepuasan seksual dicapai bila berhubungan dengan mayat, tidak hanya mayat manusia tapi mayat binatang pun bisa dijadikan obyek pemuas seksual.

m. Koprofilai

Kepuasan seksual diperoleh dengan menggunakan objek feses. Hal ini sungguh sangat tidak sehat dan bersih. Inipun perlu asuhan yang khusus secara individual.

n. Urolagnia

Kepuasan dicapai dengan urine yang diminum.

o. Oral seks atau kuniligus

Kepuasan seks dicapai dengan menggunakan mulut pada alat kelamin wanita.

- p. *Felaksio*
Kepuasan seks dicapai dengan menggunakan mulut pada alat kelamin laki-laki.
- q. *Fotorisme atau priksionisme*
Kepuasan seksual dicapai dengan menggosokkan penis pada pantat wanita atau badan yang berpakaian ditempat yang penuh manusia atau tempat-tempat keramaian.
- r. *Gronto*
Kepuasan seksual dicapai dengan berhubungan dengan lansia.
- s. *Frottage*
Kepuasan seksual dicapai dengan orang yang disenangi tanpa diketahui lawan jenis.
- t. *Pornografi*
Gambar atau tulisan yang dibuat secara khusus untuk memberikan rangsangan seksual.

3. Bentuk Abnormalitas Seksual Akibat Dorongan Seksual Abnormal

- a. Postitusi penyimpangan dengan pola dorong seks yang tidak wajar dalam kepribadianya seks bersifat impersonal.
- b. Perzinahan bentuk seksualitas antara laki-laki dan wanita yang bukan suami istri.
- c. Frigiditas yaitu ketidakmampuan wanita mengalami hasrat seksual atau orgasme pada saat bersenggama.
- d. Impotensi yaitu ketidakmampuan pria untuk relaksasi seks.
- e. Ejakulasi prematur terjadinya pembuangan sperma yang terlalu dini.
- f. Vaginismus terjadinya kejang yang berupa penegangan atau pengerasan sehingga penis terjepit dan tidak biasa keluar.
- g. Dispareunia yaitu kesulitan dalam melakukan senggama atau sakit pada koitus.
- h. Anorgasme yaitu kegagalan dalam mencapai klimaks selama bersenggama.
- i. Kesukaran koitus pertama keadaan dimana terjadi kesulitan dalam koitus pertama disebabkan karena kurangnya pengetahuan seks.

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Seksual

- a. Tidak adanya panutan (role mode).
- b. Gangguan struktural dan fungsi tubuh, seperti adanya teruma, obat, kehamilan atau abnormalitas anatomi genetalia.
- c. Kurang pengetahuan atau informasi yang salah mengenai masalah seksual.
- d. Penganiayaan secara fisik.
- e. Adanya penyimpangan psikoseksual.
- f. Konflik terhadap nilai.
- g. Kehilangan pasangan karena perpisahan atau kematian.

Demikian teman-teman kelainan seksual serta penyimpangan seksual yang telah kita pelajari, sekarang mari kita coba aplikasikan ke dalam asuhan keperawatan. Masih ingat kan...diawali langkah pertama yaitu:

a. Pengkajian

Berikut ini pedoman wawancara yang baik dalam mengumpulkan data yang berkaitan dengan aspek psikoseksual :

- 1) Menggunakan pendekatan yang jujur dan berdasarkan fakta yang menyadari bahwa klien sedang mempunyai pertanyaan atau masalah seksual.
- 2) Mempertahankan kontak mata dan duduk dekat klien.
- 3) Memberikan waktu yang memadai untuk membahas masalah seksual, jangan terburu-buru.
- 4) Menggunakan pertanyaan yang terbuka, umum dan luas untuk mendapatkan informasi mengenai pengetahuan, persepsi dan dampak penyakit berkaitan dengan seksualitas.
- 5) Jangan mendesak klien untuk membicarakan mengenai seksualitas, biarkan terbuka untuk dibicarakan pada waktu yang akan datang.
- 6) Masalah citra diri, kegiatan hidup sehari-hari dan fungsi sebelum sakit dapat dipakai untuk mulai membahas masalah seksual.
- 7) Amati klien selama interaksi, dapat memberikan informasi tentang masalah apa yang dibahas, begitu pula masalah apa yang dihindari klien.
- 8) Minta klien untuk mengklarifikasi komunikasi verbal dan non verbal yang belum jelas.
- 9) Berinisiatif untuk membahas masalah seksual berarti menghargai klien sebagai makhluk seksual, memungkinkan timbulnya pertanyaan tentang masalah seksual.

Lebih lanjut perlu dikaji berbagai mekanisme koping yang mungkin digunakan klien untuk mengekspresikan masalah seksualnya, antara lain :

- 1) Fantasi, mungkin digunakan untuk meningkatkan kepuasan seksual dengan berhayal berhubungan dengan artis favorit misalnya.
- 2) Denial, mungkin digunakan untuk tidak mengakui adanya konflik atau ketidakpuasan seksual.
- 3) Rasionalisasi, mungkin digunakan untuk memperoleh pembenaran atau penerimaan tentang motif, perilaku, perasaan dan dorongan seksual.
- 4) Menarik Diri, mungkin dilakukan untuk mengatasi perasaan lemah, perasaan ambivalensi terhadap hubungan intim yang belum terselesaikan secara tuntas.

Beberapa contoh masalah dan tindakan keperawatan yang dilakukan, yang kami ambil dari tulisan teman di internet.

Masalah yang Berkaitan Seksualitas

- 1) Diabetes militus
 - (a) Laki-laki kesulitan ereksi karena neuropatri diabetik atau mikroangiopatik.
 - (b) Wanita penurunan hasrat lubrikasi vagina.

Tindakan keperawatan

Dorongan kontrol metabolisme yang tepat, anjurkan penggunaan jeli pelumas larut air (pada wanita).

- 2) Arthritis yaitu terjadinya keram, kaku, lelah dan terjadinya libido akibat obat steroid.
Tindakan keperawatan
 - (a) Jelaskan bahwa arthritis tidak berpengaruh pada aspek psikologi dan fungsi seksual.
 - (b) Sarankan pasangan melakukan hubungan pada saat obat mencapai reaksi, tingkatkan reaksi sendi dengan mandi atau kompres hangat dan lakukan latihan rentang gerak.
 - (c) Ajarkan bahwa libido atau hasrat akibat efek samping penggunaan obat.

- 3) Hipertrofi prostat benigne (BPH) terjadi ejakulasi retrograd karena kerusakan spingter kandung kemih internal.
Tindakan keperawatan
 - Jelaskan bahwa orgasme akan tetap terjadi tetapi ejakulasi akan menurun atau tidak ada dan urin akan keruh.

- 4) Penyakit kardiovaskular terjadinya kecemasan, takut tentang penampilan, takut nyeri dada, kematian dan penaruhan hasrat rangsangan kepuasan pasangan untuk menghentikan aktivitas seksual.
Tindakan keperawatan
 - (a) Jelaskan bahwa infark tidak mempunyai efek langsung pada psikologi fungsi seksual anjurkan aktivitas seksual biasanya yang paling aman 5-8 minggu pasca infark, hindari aktivitas seksual setelah makan banyak, minum alkohol dan jelaskan berbagai obat yang dapat menunjukan disfungsi seksual.
 - (b) Dalam melakukan hubungan seksual gunakan posisi yang tidak banyak membutuhkan energi dengan posisi terletang, miring atau duduk di atas kursi dengan pasangan di atas.

C. KONSEP KEBUTUHAN SPIRITUAL

Konsep spiritual memiliki delapan batas tetapi saling tumpang tindih: energi, transendensi diri, keterhubungan, kepercayaan, realitas eksistensial, keyakinan dan nilai, kekuatan batiniah, harmoni dan batin nurani. Spiritualitas memberikan individu energi yang dibutuhkan untuk menemukan diri mereka, untuk beradaptasi dengan situasi yang sulit dan untuk memelihara kesehatan.

1. Transendensi diri (*self transedence*) adalah kepercayaan yang merupakan dorongan dari luar yang lebih besar dari individu.

2. Spiritualitas memberikan pengertian keterhubungan intrapersonal (dengan diri sendiri), interpersonal (dengan orang lain) dan transpersonal (dengan yang tidak terlihat, Tuhan atau yang tertinggi) (Potter & Perry, 2009).
3. Spiritual memberikan kepercayaan setelah berhubungan dengan Tuhan. Kepercayaan selalu identik dengan agama sekalipun ada kepercayaan tanpa agama.
4. Spritualitas melibatkan realitas eksistensi (arti dan tujuan hidup).
5. Keyakinan dan nilai menjadi dasar spiritualitas. Nilai membantu individu menentukan apa yang penting bagi mereka dan membantu individu menghargai keindahan dan harga pemikiran, obyek dan perilaku . (Holins, 2005; Vilagomenza, 2005).
6. Spiritual memberikan individu kemampuan untuk menemukan pengertian kekuatan batiniah yang dinamis dan kreatif yang dibutuhkan saat membuat keputusan sulit (Braks-wallance dan Park, 2004).
7. Spiritual memberikan kedamaian dalam menghadapi penyakit terminal maupun menjelang ajal (Potter & Perry, 2009).

Beberapa individu yang tidak mempercayai adanya Tuhan (Atheis) atau percaya bahwa tidak ada kenyataan akhir yang diketahui (Agnostik). Ini bukan berarti bahwa spiritual bukan merupakan konsep penting bagi atheis dan agnostik. Atheis mencari arti kehidupan melalui pekerjaan mereka dan hubungan mereka dengan orang lain. Agnostik menemukan arti hidup dalam pekerjaan mereka karena mereka percaya bahwa tidak adanya akhir bagi jalan hidup mereka.

1. Hubungan Antara Spiritual – Kesehatan dan Sakit

Keyakinan spiritual sangat penting bagi perawat karena dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku klien. Beberapa pengaruh yang perlu dipahami:

a. Menuntun kebiasaan sehari-hari

Praktik tertentu pada umumnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan mungkin mempunyai makna keagamaan bagi klien, sebagai contoh: ada agama yang menetapkan diet makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan.

b. Sumber dukungan

Pada saat stres, individu akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya. sumber kekuatan sangat diperlukan untuk dapat menerima keadaan sakitnya khususnya jika penyakit tersebut membutuhkan waktu penyembuhan yang lama.

c. Sumber konflik

Pada suatu situasi bisa terjadi konflik antara keyakinan agama dengan praktik kesehatan. Misalnya: ada yang menganggap penyakitnya adalah cobaan dari Tuhan.

2. Manifestasi Perubahan Fungsi Spiritual

a. Verbalisasi distres

Individu yang mengalami gangguan fungsi spiritual, biasanya akan memverbalisasikan yang dialaminya untuk mendapatkan bantuan.

b. Perubahan perilaku

Perubahan perilaku juga dapat merupakan manifestasi gangguan fungsi spiritual. Klien yang merasa cemas dengan hasil pemeriksaan atau menunjukkan kemarahan setelah mendengar hasil pemeriksaan mungkin saja sedang menderita distres spiritual. Untuk jelasnya berikut terdapat tabel ekspresi kebutuhan spiritual.

Sahabat.....ayo sekarang kita aplikasikan konsep di atas ke dalam asuhan keperawatan.

1) Pengkajian

Pengkajian dilakukan untuk mendapatkan data subyektif dan obyektif. Aspek spiritual sangat bersifat subyektif, ini berarti spiritual berbeda untuk individu yang berbeda pula (Mcsherry dan Ross, 2002).

Pada dasarnya informasi awal yang perlu digali adalah

a) Alifiasi nilai

Partisipasi klien dalam kegiatan agama apakah dilakukan secara aktif atau tidak, Jenis partisipasi dalam kegiatan agama.

b) Keyakinan agama dan spiritual

Praktik kesehatan misalnya diet, mencari dan menerima ritual atau upacara agama, strategi koping.

Nilai agama atau spiritual, mempengaruhi tujuan dan arti hidup, Tujuan dan arti kematian, Kesehatan dan arti pemeliharaan serta Hubungan dengan Tuhan, diri sendiri dan orang lain.

2) Diagnosa Keperawatan

a) Distres spiritual

b) Koping inefektif

c) Ansietas

d) Disfungsi seksual

e) Harga diri rendah

f) Keputusanasaan

3) Perencanaan

a) Distres spiritual berhubungan dengan anxietas

Kriteria hasil:

■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ■

- 1) Menunjukkan harapan
 - 2) Menunjukkan kesejahteraan spiritual:
 - Berarti dalam hidup
 - Pandangan tentang spiritual
 - Ketentraman, kasih sayang dan ampunan
 - Berdoa atau beribadah
 - Berinteraksi dengan pembimbing ibadah
 - Keterkaitan dengan orang lain, untuk berbagi pikiran, perasaan dan kenyataan
 - 3) Klien tenang
Rencana:
 - Kaji adanya indikasi ketaatan dalam beragama
 - Tentukan konsep ketuhanan klien
 - Kaji sumber-sumber harapan dan kekuatan pasien
 - Dengarkan pandangan pasien tentang hubungan spiritual dan kesehatan
 - Berikan privasi dan waktu bagi pasien untuk mengamati praktik keagamaan
 - Kolaborasi dengan pastoral
- b) Koping inefektif berhubungan dengan krisis situasi
Kriteria hasil:
- Koping efektif
 - Kemampuan untuk memilih antara 2 alternatif
 - Pengendalian impuls : kemampuan mengendalikan diri dari perilaku kompulsif
 - Pemrosesan informasi: kemampuan untuk mendapatkan dan menggunakan informasi
- Rencana tindakan:
- Identifikasi pandangan klien terhadap kondisi dan kesesuaiannya.
 - Bantu klien mengidentifikasi kekuatan personal.
 - Peningkatan koping: nilai kesesuaian pasien terhadap perubahan gambaran diri, nilai dampak situasi kehidupan terhadap peran, evaluasi kemampuan pasien dalam membuat keputusan, anjurkan klien menggunakan tehnik relaksasi, berikan pelatihan keterampilan sosial yang sesuai.
 - Libatkan sumber-sumber yang ada untuk mendukung pemberian pelayanan kesehatan.

4. Pelaksanaan

Dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan.

5. Evaluasi

Evaluasi dengan melihat kriteria hasil yang telah ditentukan, secara umum tujuan tercapai apabila klien (Hamid, 1999)

- a. Mampu beristirahat dengan tenang
- b. Menyatakan penerimaan keputusan moral
- c. Mengekspresikan rasa damai
- d. Menunjukkan hubungan yang hangat dan terbuka
- e. Menunjukkan sikap efektif tanpa rasa marah, rasa bersalah dan ansietas
- f. Menunjukkan perilaku lebih positif

Latihan

Saudara-saudara untuk lebih mendalami materi ini ada tugas yang harus Anda kerjakan, yaitu mengamati beberapa klien dan menuliskan asuhan keperawatannya dan dijadikan sebuah makalah.

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Amati klien yang Anda asuh
2. Tuliskan data yang berhubungan dengan kebutuhan psikososial, seksual dan spiritual.
3. Kemudian Anda buat sebuah laporan asuhan keperawatan dan dijadikan makalah.
4. Untuk mendapatkan nilai, Anda bisa minta tolong teman sejawat atau hubungi fasilitator terdekat dengan tempat kerja Anda.

Ringkasan

Manusia adalah makhluk biopsikososial yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi. Keseimbangan yang dipertahankan oleh setiap individu untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya, keadaan ini disebut dengan sehat.

Setiap individu mempunyai kebutuhan emosi dasar, termasuk kebutuhan akan cinta, kepercayaan, otonomi, identitas, harga diri, penghargaan dan rasa aman.

Kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (*feed back*) antara kedua individu tersebut.

Spiritual memiliki delapan batas tetapi saling tumpang tindih: energi, transendensi diri, keterhubungan, kepercayaan, realitas eksistensial, keyakinan dan nilai, kekuatan batiniah, harmoni dan batin nurani. Spiritualitas memberikan individu energi yang dibutuhkan untuk menemukan diri mereka, untuk beradaptasi dengan situasi yang sulit dan untuk memelihara kesehatan.

Tes 2

- 1) Makhluk biopsikososial yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi, merupakan kebutuhan manusia
 - A. kebutuhan biologis
 - B. kebutuhan psikologis
 - C. kebutuhan sosial
 - D. kebutuhan spiritual

- 2) Bila kebutuhan biopsikososial tidak terpenuhi, akibatnya dapat berupa perasaan atau perilaku yang tidak diharapkan, seperti ansietas, kemarahan, kesepian dan rasa tidak pasti. Maka tindakan keperawatan yang dilakukan
 - A. memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya
 - B. menanyakan orang terdekat klien tempat untuk berkeluh kesah
 - C. memberikan obat penenang untuk sementara waktu
 - D. menganjurkan klien untuk banyak bersabar dan menerima keadaan

- 3) Tinjauan seksual dari aspek biologis
 - A. memandang seksual seperti pandangan anatomi dan fisiologis
 - B. memandang gambaran seksual atau bentuk konsep diri yang lain
 - C. sebuah perasaan dari diri terhadap kesadaran identitas
 - D. keyakinan terhadap keutuhan seksual serta perilakunya

- 4) Tahap oedipal atau falik terjadi pada usia
 - A. 0-1 tahun
 - B. 3-5 tahun
 - C. 6-12 tahun
 - D. 13-17 tahun

- 5) Transeksualisme adalah bentuk penyimpangan seksual orang dewasa ditandai
 - A. mendapat kepuasan seksual dengan menyakiti pasangannya
 - B. mendapat kepuasan seksual dengan memakai pakaian dalam pasangannya
 - C. memperoleh kepuasan dengan menggunakan objek mayat
 - D. dengan perasaan tidak senang terhadap alat kelaminnya

- 6) Anda merawat klien Ny. R. karena menangis terus, merasa bersalah dan selalu mohon ampun kepada Tuhan atas segala perbuatannya. tindakan yang Anda lakukan
 - A. memberi obat penenang
 - B. memanggil keluarganya supaya menemani klien
 - C. memberi kesempatan klien untuk menangis sampai puas
 - D. menenangkan klien dengan menyarankan klien untuk banyak berdoa

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) B
- 3) A
- 4) B
- 5) C
- 6) B
- 7) D
- 8) C
- 9) A
- 10) C

Tes 2

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

Penjelasan Tes 1

- 1) Holistik = menyeluruh, tidak terpisah-pisah
- 2) Bukan hanya lukanya saja yang dirawat, tapi bagaimana klien secara utuh tetap diperhatikan
- 3) Anak perlu beradaptasi dengan lingkungan terlebih dahulu
- 4) Air membantu menurunkan suhu tubuh yang tinggi
- 5) Bersih pangkal sehat
- 6) Rasa nyaman merupakan tindakan pertama sebelum memberi tindakan selanjutnya
- 7) Tenang adalah kunci sukses langkah tindakan selanjutnya
- 8) Air adalah kebutuhan manusia yang dasar
- 9) Orang sakit lebih mudah terpengaruh dengan keadaan sekitarnya
- 10) Sakit lebih banyak memerlukan perhatian/bantuan

Penjelasan Tes 2

- 1) Makhluk sosial adalah makhluk terbuka
- 2) Rasa tidak enak di hati keluar, membantu perasaan lega
- 3) Biologi = badan = tubuh
- 4) Oral: 0-1th, anal: 1-3 th, oedipal: 3-5 th, laten: 5-13 th

✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

- 5) Trans = berpindah, laki-laki merasa perempuan, dan sebaliknya
- 6) Menguras rasa tidak enak, memudahkan asuhan selanjutnya

Daftar Pustaka

- Alman. 2000, *Fundamental & Advanced Nursing Skill*, Canada, Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008, *Teknik prosedural keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun. 2006, *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta: Salemba Medika
- A. Azis Alimun H, 2006, *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2*, Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U., 2005, *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elkin, et al .2000., *Nursing Intervention and Clinical Skills*, Aecond edt.
- Kozier, B. 1995, *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*, California: Addison Wesley.
- Perry,at al. 2005, *Keterampilan dan Prosedur Dasar, Kedokteran*, Jakarta: EGC.
- Potter, P. 1998, *Fundamental of Nursing*, Philadelphia: Lippincott.
- Potter & Perry, 2006, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik, Edisi 4*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Tarwoto Wartonah. 2006, *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 3*, Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III. 2009, *Panduan Praktek KDM*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul pembelajaran KDM*, Malang.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan*, Malang.
- Wahid,IM dan Nurul, C. 2008, *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia, Teori dan Aplikasi Dalam Praktek*, Jakarta: Salemba Medika.
- Yudianto, Andi. 2008. *Perkembangan Psikososial Erikson*.
<http://bayoesmartboy.blogspot.com/2008/04/perkembangan-psikososial-erikson.html>.

BAB II

PEMERIKSAAN FISIK PADA ORANG DEWASA

Ni Wayan Dwi Rosmalawati dan Kasiati

PENDAHULUAN

Sebagai seorang perawat yang memberikan asuhan keperawatan kepada klien, sebelum memberikan asuhan keperawatan, kita harus melakukan dan menginterpretasikan berbagai prosedur pengkajian. Data yang dikumpulkan selama pengkajian digunakan sebagai dasar untuk membuat rencana keperawatan klien.

Proses pengkajian keperawatan harus dilakukan dengan sangat individual (sesuai dengan masalah dan kebutuhan klien saat ini). Dalam menelaah hasil pemeriksaan klien, perawat melakukan wawancara dan pemeriksaan fisik untuk memaksimalkan data yang dikumpulkan tanpa harus menambah stres klien. Setelah pengkajian awal perawat memilih komponen pemeriksaan yang sesuai dengan tingkat permasalahan/ gangguan kebutuhan yang dialami klien.

Dalam memberikan asuhan keperawatan kita sebagai seorang perawat harus bisa melakukannya dengan mengikuti langkah-langkah proses keperawatan, mulai dari pengkajian sampai dengan langkah evaluasi yang penerapannya harus dilaksanakan secara berurutan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

Salah satu langkah proses keperawatan adalah Pengkajian, dengan melakukan pengkajian yang detail, teliti, kita bisa menentukan apa permasalahan yang dialami klien, sehingga dengan demikian sekaligus kita bisa membantu menyelesaikan masalah yang dialami oleh klien. Oleh karena itu dalam kegiatan pengkajian kita melakukan pemeriksaan fisik dari ujung rambut ke ujung kaki klien (*head to toe*).

Topik 1

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik, kami hanya menguraikan hal yang pokok-pokok saja, karena kami yakin hal ini sudah biasa Anda lakukan saat memberikan pelayanan kepada masyarakat di tempat anda bekerja. Kami tidak bermaksud menggurui anda teman-teman... di sini kami mengajak anda mengingat kembali secara konsep tentang apa yang sudah anda lakukan, sehingga pelayanan yang anda berikan nanti jadi semakin profesional.

A. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan kita sebagai seorang perawat untuk membuat penilaian klinis.

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. (Dewi Sartika, 2010).

1. Definisi Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi). (Raylene M Rospond, 2009; Terj D. Lyrawati, 2009).

Pemeriksaan fisik adalah metode pengumpulan data yang sistematis dengan memakai indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan rasa untuk mendeteksi masalah kesehatan klien. Untuk pemeriksaan fisik perawat menggunakan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi (Craven & Hirnle, 2000; Potter & Perry, 1997; Kozier et al., 1995).

Pemeriksaan fisik dalam keperawatan digunakan untuk mendapatkan data objektif dari riwayat keperawatan klien. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan bersamaan dengan wawancara. Fokus pengkajian fisik keperawatan adalah pada kemampuan fungsional klien. Misalnya, klien mengalami gangguan sistem muskuloskeletal, maka perawat mengkaji apakah gangguan tersebut mempengaruhi klien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari atau tidak.

2. Tujuan Pemeriksaan Fisik

Secara umum, pemeriksaan fisik yang dilakukan bertujuan:

- a. Untuk mengumpulkan dan memperoleh data dasar tentang kesehatan klien.
- b. Untuk menambah, mengkonfirmasi, atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan.

- c. Untuk mengkonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan.
- d. Untuk membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaan.
- e. Untuk mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan keperawatan.

3. Manfaat Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik memiliki banyak manfaat, baik bagi perawat sendiri, maupun bagi profesi kesehatan lain, di antaranya:

- a. Sebagai data untuk membantu perawat dalam menegakkan diagnose keperawatan.
- b. Mengetahui masalah kesehatan yang di alami klien.
- c. Sebagai dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat.
- d. Sebagai data untuk mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan.

4. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan Dalam Pemeriksaan Fisik

- a. Selalu meminta kesediaan/izin pada pasien untuk setiap pemeriksaan (*informed consent*).
- b. Jagalah privasi pasien.
- c. Pemeriksaan harus seksama dan sistematis.
- d. Jelaskan apa yang akan dilakukan sebelum pemeriksaan (tujuan, kegunaan, cara dan bagian yang akan diperiksa)
- e. Beri instruksi spesifik yang jelas.
- f. Berbicaralah yang komunikatif (kalau perlu gunakan bahasa daerah setempat).
- g. Ajaklah klien untuk bekerja sama dalam pemeriksaan.
- h. Perhatikanlah ekspresi/bahasa non verbal dari klien.
- i. Jangan menyakiti klien.

5. Persiapan dalam Pemeriksaan Fisik

a. Alat

Meteran/met line, Timbangan Berat Badan, Penlight, Steteskop, Tensimeter/Sphigmomanometer, Thermometer, Arloji/stopwatch, Refleks Hammer, Otoskop, sarung tangan/*handschoon* bersih (jika perlu), tissue, buku catatan perawat. Alat diletakkan di dekat tempat tidur klien yang akan di periksa, susun serapi mungkin, dan letakkan alat yang mau dipakai terlebih dahulu paling dekat dengan anda.

b. Lingkungan

Pastikan ruangan dalam keadaan nyaman, hangat, cukup penerangan dan tertutup. Misalnya menutup pintu/jendela atau skerem untuk menjaga privasi klien.

c. *Klien (fisik dan fisiologis)*

Bantu klien mengenakan baju periksa jika ada dan anjurkan klien untuk rileks.

B. TEKNIK-TEKNIK PEMERIKSAAN FISIK YANG DIGUNAKAN ADALAH

Teknik pemeriksaan fisik yang kita gunakan ada 4 besar, yaitu: inspeksi (periksa pandang), palpasi (periksa raba), perkusi (periksa ketuk), auskultasi (periksa dengar).

1. Inspeksi

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu yang diperlukan. Metode ini berupaya melihat kondisi klien dengan menggunakan “*sense of sign*” baik melalui mata telanjang atau alat bantu penerangan (lampu). Inspeksi adalah kegiatan aktif, proses ketika perawat harus mengetahui apa yang dilihatnya dan di mana lokasinya. Metode inspeksi ini digunakan untuk mengkaji warna kulit, bentuk, posisi, ukuran dan lainnya dari tubuh pasien.

Pemeriksa menggunakan indera penglihatan berkonsentrasi untuk melihat pasien secara seksama, setiap sistem dan tidak terburu-buru sejak pertama bertemu dengan cara memperoleh riwayat pasien dan terutama sepanjang pemeriksaan fisik dilakukan. Inspeksi juga menggunakan indera pendengaran dan penciuman untuk mengetahui lebih lanjut, lebih jelas dan lebih memvalidasi apa yang dilihat oleh mata dan dikaitkan dengan suara atau bau dari pasien. Pemeriksa kemudian akan mengumpulkan dan menggolongkan informasi yang diterima oleh semua indera tersebut yang akan membantu dalam membuat keputusan diagnosa keperawatan dan selanjutnya bisa membuat intervensi keperawatan, kemudian seterusnya sesuai dengan langkah-langkah proses keperawatan serta bisa membantu penentuan terapi (dokter).

Cara pemeriksaan:

- a. Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri
- b. Bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka (diupayakan pasien membuka sendiri pakaiannya. Sebaiknya pakaian tidak dibuka sekaligus, namun dibuka seperlunya untuk pemeriksaan sedangkan bagian lain ditutupi selimut).
- c. Bandingkan bagian tubuh yang berlawanan (kesimetrisan) dan abnormalitas. Contoh : mata kuning (ikterus), terdapat struma di leher, kulit kebiruan (sianosis), dan lain-lain.
- d. Catat hasilnya.

2. Palpasi

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan menggunakan “*sense of touch*”. Palpasi adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh dengan menggunakan jari atau tangan. Tangan dan jari-jari adalah instrumen yang sensitif digunakan untuk mengumpulkan data, misalnya metode palpasi ini dapat digunakan untuk mendeteksi suhu tubuh (temperatur), adanya getaran, pergerakan, bentuk, konsistensi dan ukuran.

Rasa nyeri tekan dan kelainan dari jaringan/organ tubuh. Teknik palpasi dibagi menjadi dua:

a. Palpasi Ringan:

Caranya: ujung-ujung jari pada satu/dua tangan digunakan secara simultan. Tangan diletakkan pada area yang dipalpasi, jari-jari ditekan kebawah perlahan-lahan sampai ada hasil yang diharapkan.

b. Palpasi dalam (*bimanual*)

Caranya: misalnya untuk merasakan isi abdomen, dilakukan dua tangan. Satu tangan untuk merasakan bagian yang dipalpasi, tangan lainnya untuk menekan ke bawah. Dengan posisi rileks, jari-jari tangan kedua diletakkan melekat pada jari-jari pertama.

Cara pemeriksaan :

- 1) Posisi pasien bisa tidur, duduk atau berdiri.
- 2) Pastikan pasien dalam keadaan rileks dengan posisi yang nyaman.
- 3) Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering.
- 4) Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.
- 5) Lakukan palpasi dengan sentuhan perlahan-lahan dengan tekanan ringan.
- 6) Palpasi daerah yang dicurigai, adanya nyeri tekan menandakan kelainan.
- 7) Lakukan palpasi secara hati-hati apabila diduga adanya fraktur tulang.
- 8) Hindari tekanan yang berlebihan pada pembuluh darah.
- 9) Rasakan dengan seksama kelainan organ/jaringan, adanya nodul, tumor bergerak/tidak dengan konsistensi padat/kenyal, bersifat kasar/lembut, ukurannya dan ada/tidaknya getaran/ trill, serta rasa nyeri raba / tekan.
- 10) Catatlah hasil pemeriksaan yang didapat.

3. Perkusi

Perkusi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan memukul/mengetuk untuk mendengarkan bunyi getaran/ gelombang suara yang dihantarkan kepermukaan tubuh dari bagian tubuh yang diperiksa. Pemeriksaan dilakukan dengan ketukan jari atau tangan pada permukaan tubuh. Perjalanan getaran/ gelombang suara tergantung oleh kepadatan media yang dilalui. Derajat bunyi disebut dengan resonansi. Karakter bunyi yang dihasilkan dapat menentukan lokasi, ukuran, bentuk, dan kepadatan struktur di bawah kulit. Sifat gelombang suara yaitu semakin banyak jaringan, semakin lemah hantarannya dan udara/ gas paling resonan.

Cara pemeriksaan :

- a. Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang akan diperiksa.
- b. Pastikan pasien dalam keadaan rileks.
- c. Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.
- d. Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering.
- e. Lakukan perkusi secara seksama dan sistematis yaitu dengan:
 - 1) Metode langsung yaitu mengetukkan jari tangan langsung ke bagian tubuh yang akan diperiksa dengan menggunakan 1 atau 2 ujung jari.

- 2) Metode tidak langsung dengan cara sebagai berikut : Jari tengah tangan kiri di letakkan dengan lembut di atas permukaan tubuh, ujung jari tengah dari tangan kanan, untuk mengetuk persendian, pukulan harus cepat dengan menggunakan kekuatan pergelangan tangan, dan lengan tidak bergerak dan pergelangan tangan rilek, berikan tenaga pukulan yang sama pada setiap area tubuh yang diperiksa.
- f. Bandingkan atau perhatikan bunyi yang dihasilkan oleh perkusi.
- 1) Bunyi timpani mempunyai intensitas keras, nada tinggi, waktu agak lama dan kualitas seperti drum (lambung).
 - 2) Bunyi resonan mempunyai intensitas menengah, nada rendah, waktu lama, kualitas bergema (paru normal).
 - 3) Bunyi hipersonar mempunyai intensitas amat keras, waktu lebih lama, kualitas ledakan (empisema paru).
 - 4) Bunyi pekak mempunyai intensitas lembut sampai menengah, nada tinggi, waktu agak lama kualitas seperti petir (hati).

4. Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah: bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus.

Penilaian pemeriksaan auskultasi meliputi:

- a. Frekuensi yaitu menghitung jumlah getaran permenit.
- b. Durasi yaitu lama bunyi yang terdengar.
- c. Intensitas bunyi yaitu ukuran kuat/ lemahnya suara.
- d. Kualitas yaitu warna nada/ variasi suara.

a. Bunyi jantung

Waktu mendengar, pemeriksa harus memusatkan pikiran pada sifat, karakteristik dan intensitas bunyi jantung.

Penilaian dilakukan berurutan dan sendiri-sendiri mulai dari bunyi jantung I, bunyi jantung II, sistole dan diastole.

Yang digolongkan dalam bunyi jantung ialah: Bunyi-bunyi jantung I, II, III, IV, Opening snap, irama derap, dan klik.

Bunyi jantung I, II merupakan bunyi jantung normal. Bunyi jantung III juga normal bila terdengar sampai umur 20 tahunan. Bunyi jantung IV, opening snap, irama derap dan klik ditemukan sebagai keadaan yang patologik. Pada kasus-kasus patologik tertentu dapat pula terdengar kelainan bunyi jantung I, II, III. Bunyi jantung dapat didengar dengan menempatkan telinga langsung di atas dada penderita. Dengan stetoskop, auskultasi mudah, sopan dan bunyi terdengar lebih keras. Stetoskop untuk orang dewasa tidak dapat dipakai pada anak.

Dianjurkan memakai stetoskop dengan panjang selang sekitar 30 cm dan diameter bagian dalam selang kira-kira 1/8 inci. Ada 2 macam stetoskop yaitu berbentuk sungkup dan diafragma. Sungkup lebih baik menangkap bunyi dan bising jantung bernada rendah, diafragma untuk bunyi bernada tinggi. Dalam proses auskultasi yang lebih penting dari stetoskop ialah pemeriksa. Ia harus mengetahui fisiologi dan patofisiologi kardiovaskuler sehingga dapat menentukan di mana mendengar dan bagaimana menginterpretasi bunyi dan bising jantung.

Tempat-tempat di permukaan dada dengan intensitas, bunyi jantung paling kuat tidak selalu sesuai dengan lokasi anatomik katup-katup. Daerah katup mitral, lokalisasinya pada sela iga V kiri, katup pulmonal pada sela iga II kiri. Daerah katup aorta di sela iga II kanan dan katup trikuspid pada peralihan korpus sterni ke processus xiphoideus.

b. Suara Nafas

Suara tidak normal yang dapat diauskultasi pada nafas adalah :

- 1) Rales: suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan mengembang pada inspirasi (rales halus, sedang, kasar). Misalnya pada klien pneumonia, TBC.
- 2) Ronchi: nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi. Ciri khas ronchi adalah akan hilang bila klien batuk. Misalnya pada edema paru.
- 3) Wheezing: bunyi yang terdengar “ngiii...k”. bisa dijumpai pada fase inspirasi maupun ekspirasi. Misalnya pada bronchitis akut, asma.
- 4) Pleura Friction Rub; bunyi yang terdengar “kering” seperti suara gosokan amplas pada kayu. Misalnya pada klien dengan peradangan pleura.

Cara pemeriksaan :

- 1) Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang diperiksa dan bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka.
- 2) Pastikan pasien dalam keadaan rilek dengan posisi yang nyaman.
- 3) Pastikan stetoskop sudah terpasang baik dan tidak bocor antara bagian kepala, selang dan telinga.
- 4) Pasanglah ujung stetoskop bagian telinga ke lubang telinga pemeriksa sesuai arah (harus tepat untuk telinga kanan dan kiri), untuk menghasilkan hasil pemeriksaan yang baik.
- 5) Hangatkan dulu kepala stetoskop dengan cara menempelkan pada telapak tangan pemeriksa.
- 6) Tempelkan kepala stetoskop pada bagian tubuh pasien yang akan diperiksa.
- 7) Gunakanlah bel stetoskop untuk mendengarkan bunyi bernada rendah pada tekanan ringan yaitu pada bunyi jantung dan vaskuler dan gunakan diafragma untuk bunyi bernada tinggi seperti bunyi usus dan paru.

c. *Bising Usus*

Untuk mendengarkan bising usus, auskultasi dilakukan pada keempat kuadran abdomen. Dengarkan peristaltik ususnya selama satu menit penuh. Bising usus normalnya 5-30 kali/menit. Jika kurang dari itu atau tidak ada sama sekali kemungkinan ada peristaltik ileus, konstipasi, peritonitis, atau obstruksi. Jika peristaltik usus terdengar lebih dari normal kemungkinan klien sedang mengalami diare.

Dalam melakukan pemeriksaan fisik, ada dua prinsip yang harus kita perhatikan, yaitu:

- 1) Kontrol infeksi, meliputi mencuci tangan, memasang sarung tangan steril, memasang masker, dan membantu klien mengenakan baju periksa jika ada. Karena pada era sekarang penyakit infeksi juga semakin banyak, maka kita harus bisa membatasi penyebarannya dengan melakukan kontrol infeksi ini.
- 2) Kontrol lingkungan yaitu memastikan ruangan dalam keadaan nyaman, hangat, dan cukup penerangan untuk melakukan pemeriksaan fisik baik bagi klien maupun bagi pemeriksa itu sendiri. Misalnya: menutup pintu/jendela atau skerem untuk menjaga privacy klien, komunikasi (penjelasan prosedur), privacy dan kenyamanan klien, sistematis dan konsisten (*head to toe*, dari eksternal ke internal, dari normal ke abnormal), berada di sisi kanan klien (bila memungkinkan), efisiensi, dan dokumentasi.

Selanjutnya materi akan dibahas adalah prosedur pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan, kita harus menyiapkan alat-alat yang kita perlukan dan ditata yang rapi di dekat kita di tempat yang memudahkan kita bekerja.

Setelah alat-alat didekatkan ke tempat periksa kita mulai melakukan prosedur dengan mencuci tangan, jelaskan prosedur pemeriksaan, pakai sarung tangan/*handschoen* bila diperlukan, baru kita mulai melakukan pemeriksaan dari kepala sampai dengan kaki.

Harus diingat bahwa posisi klien pada waktu kita melakukan pemeriksaan bisa duduk/berbaring.

d. *Pemeriksaan diawali dengan memeriksa*

- 1) Kesadaran, tingkah laku, ekspresi wajah, mood. (Normal : Kesadaran penuh, Ekspresi sesuai, tidak ada menahan nyeri/ sulit bernafas), tanda-tanda stress/ kecemasan (Normal: relaks, tidak ada tanda-tanda cemas/takut), jenis kelamin, usia, tahapan perkembangan, TB, BB (Normal: BMI dalam batas normal), kebersihan Personal (Normal : Bersih dan tidak bau), cara berpakaian (Normal: Benar/ tidak terbalik), postur dan cara berjalan, bentuk dan ukuran tubuh, cara bicara. (Relaks, lancar, tidak gugup), evaluasi dengan membandingkan dengan keadaan normal.
Perlu menjadi perhatian bahwa pemeriksaan dilakukan dengan memeriksa seluruh tubuh klien dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*), atau hanya bagian tubuh klien yang diperlukan saja, disini kami kemas dalam bentuk tabel dengan maksud mempermudah saudara memahaminya, diawali dengan ...

■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
1	Pemeriksaan kulit dan kuku		
	a. Pemeriksaan kulit Inspeksi	kebersihan, warna, pigmentasi, lesi/perluasan, pucat, sianosis, dan ikterik.	kulit tidak ada ikterik / pucat / sianosis
	Palpasi	kelembaban, suhu permukaan kulit, tekstur, ketebalan, turgor kulit, dan edema.	lembab, turgor baik/elastik, tidak ada edema
	b. Pemeriksaan kuku Inspeksi	kebersihan, bentuk, dan warna kuku	bersih, bentuk normal tidak ada tanda-tanda jari tabuh (<i>clubbing finger</i>), tidak ikterik/sianosis
	Palpasi	ketebalan kuku dan capillary refill (pengisian kapiler).	aliran darah kuku akan kembali < 3 detik
2	Pemeriksaan kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan leher		
	a. Pemeriksaan kepala Inspeksi	ukuran lingkaran kepala, bentuk, kesimetrisan, adanya lesi atau tidak, kebersihan rambut dan kulit kepala, warna, rambut, jumlah dan distribusi rambut	simetris, bersih, tidak ada lesi, tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan gizi (rambut jagung dan kering)
	Palpasi	adanya pembengkakan/penonjolan, dan tekstur rambut	tidak ada penonjolan /pembengkakan, rambut lebat dan kuat/tidak rapuh/tidak mudah rontok
	b. Pemeriksaan wajah Inspeksi	warna kulit, pigmentasi, bentuk, dan kesimetrisan	warna sama dengan bagian tubuh lain, tidak pucat/ikterik, simetris
	Palpasi	nyeri tekan dahi, dan edema, pipi, dan rahang	tidak ada nyeri tekan dan edema
	c. Pemeriksaan Mata	bentuk, kesimetrisan, alis mata, bulu mata, kelopak mata, kesimetrisan, bola mata, warna konjungtiva dan sclera (anemis/ikterik), penggunaan kacamata / lensa kontak, dan respons terhadap cahaya	simetris mata kiri dan kanan, simetris bola mata kiri dan kanan, warna konjungtiva pink, dan sclera berwarna putih
	Tes Ketajaman Penglihatan	Ketajaman penglihatan seseorang mungkin berbeda dengan orang lain. Tajam penglihatan tersebut merupakan derajat persepsi detail dan kontour beda	
	d. Pemeriksaan Telinga Inspeksi	bentuk dan ukuran telinga, kesimetrisan, integritas, posisi telinga, warna, liang telinga (cerumen/tanda-tanda infeksi), alat bantu dengar	bentuk dan posisi simetris jika, integritas kulit bagus, warna sama dengan kulit lain, tidak ada tanda-tanda infeksi, dan alat bantu dengar

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
	Palpasi	nyeri tekan aurikuler, mastoid, dan tragus	tidak ada nyeri tekan
	e. Pemeriksaan Telinga Dengan Menggunakan Garpu Tala	a. Pemeriksaan Rinne 1) Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tangan yang berlawanan. 2) Letakkan tangkai garpu tala pada <i>prosesus mastoideus</i> klien. 3) Anjurkan klien untuk memberi tahu pemeriksa jika ia tidak merasakan getaran lagi. 4) Angkat garpu tala dan dengan cepat tempatkan di depan lubang telinga klien 1-2 cm dengan posisi garpu tala paralel terhadap lubang telinga luar klien. 5) Instruksikan klien untuk member tahu apakah ia masih mendengarkan suara atau tidak. 6) Catat hasil pemeriksaan pendengaran tersebut. 7) Pemeriksaan Webber 8) Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari yang berlawanan. 9) Letakkan tangkai garpu tala di tengah puncak kepala klien . 10) Tanyakan pada klien apakah bunyi terdengar sama jelas pada kedua telinga atau lebih jelas pada salah satu telinga. 11) Catat hasil pemeriksaan dengan pendengaran tersebut	
	f. Pemeriksaan hidung dan sinus Inspeksi	hidung eksternal (bentuk, ukuran, warna, kesimetrisan), rongga, hidung (lesi, sekret, sumbatan, pendarahan), hidung internal (kemerahan, lesi, tanda2 infeksi)	simetris kirii kanan, warna sama dengan warna kulit lain, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, perdarahan dan tanda-tanda infeksi

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
	Palpasi dan perkusi	frontalis dan, maksilaris (bengkak, nyeri, dan septum deviasi)	tidak ada bengkak dan nyeri tekan
	g. Pemeriksaan mulut dan bibir		
	Inspeksi dan palpasi struktur luar	warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi, dan stomatitis.	warna mukosa mulut dan bibir pink, lembab, tidak ada lesi dan stomatitis
	Inspeksi dan palpasi struktur dalam	gigi lengkap/penggunaan gigi palsu, perdarahan/ radang gusi, kesimetrisan, warna, posisi lidah, dan keadaan langit-langit	gigi lengkap, tidak ada tanda-tanda gigi berlobang atau kerusakan gigi, tidak ada perdarahan atau radang gusi, lidah simetris, warna pink, langit-langit utuh dan tidak ada tanda infeksi
	h. Pemeriksaan leher Inspeksi leher	warna integritas, bentuk simetris	warna sama dengan kulit lain, integritas kulit baik, bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjer gondok
	Inspeksi dan auskultasi arteri karotis	lokasi pulsasi	pulsasi arteri karotis terdengar
	Inspeksi dan palpasi kelenjer tiroid	Nodus/difus, pembesaran, batas, konsistensi, nyeri, gerakan/perlengketan pada kulit, kelenjar limfe (letak, konsistensi, nyeri, pembesaran), kelenjar parotis (letak, terlihat, teraba)	tidak teraba pembesaran kel.gondok, tidak ada nyeri, tidak ada pembesaran kel.limfe, tidak ada nyeri
	Auskultasi	Bising pembuluh darah	Terdengar bising pembuluh darah
3	Pemeriksaan dada dan punggung Pemeriksaan sistem pernafasan		
	Inspeksi	kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/penonjolan	simetris, bentuk dan postur normal, tidak ada tanda-tanda distress pernapasan, warna kulit sama dengan warna kulit lain, tidak ikterik/sianosis, tidak ada pembengkakan/penonjolan/edema
	Palpasi	Simetris, pergerakan dada, massa dan lesi, nyeri, tractile fremitus. (Perawat berdiri di belakang pasien, instruksikan pasien untuk mengucapkan angka “tujuh-tujuh” atau “enam-enam” sambil melakukan perabaan dengan kedua telapak tangan pada punggung pasien.)	integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan/massa/tanda-tanda peradangan, ekspansi simetris, taktil vremitus cenderung sebelah kanan lebih teraba jelas
	Perkusi	paru, eksrusi diafragma	resonan (“dug dug dug”), jika bagian

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
		(konsistensi dan bandingkan satu sisi dengan satu sisi lain pada tinggi yang sama dengan pola berjenjang sisi ke sisi)	padat lebih daripada bagian udara=pekak (“bleg bleg bleg”), jika bagian udara lebih besar dari bagian padat=hiperesonan (“deng deng deng”), batas jantung=bunyi rensongan----hilang>>redup).
	Auskultasi	suara nafas, trachea, bronchus, paru. (dengarkan dengan menggunakan stetoskop di lapang paru kiri kanan, di RIC 1 dan 2, di atas manubrium dan di atas trachea)	bunyi napas vesikuler, bronchovesikuler, brochial, tracheal)
	Pemeriksaan sistem kardiovaskuler Inspeksi	Muka bibir, konjungtiva, vena jugularis, arteri karotis	Muka bibir, konjungtiva, vena jugularis, arteri karotis
	Palpasi	Denyutan	untuk inspeksi dan palpasi: denyutan aorta teraba
	Perkusi	ukuran, bentuk, dan batas jantung (lakukan dari arah samping ke tengah dada, dan dari atas ke bawah sampai bunyi redup)	batas jantung: tidak lebih dari 4,7,10 cm ke arah kiri dari garis mid sterna, pada RIC 4,5,dan 8
	Auskultasi	bunyi jantung, arteri karotis. (gunakan bagian diafragma dan bell dari stetoskop untuk mendengarkan bunyi jantung)	terdengar bunyi jantung I/S1 (lub) dan bunyi jantung II/S2 (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan (S3 atau S4)
	Dada dan aksila Inspeksi payudara	Integritas kulit, besar payudara kiri kanan simetris/tidak.	Integritas kulit, besar payudara kiri kanan simetris/tidak.
	Palpasi	Bentuk, simetris, ukuran, aerola, putting, dan penyebaran vena	Bentuk simetris, puting menonjol, tidak ada penonjolan abnormal
	Inspeksi dan palpasi aksila	nyeri, perbesaran nodus limfe, konsistensi	Tidak nyeri, tidak ada pembesaran nodus, konsistensi lunak
4.	Pemeriksaan Abdomen (Perut) Inspeksi	kuadran dan simetris, contour, warna kulit, lesi, scar, ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus, dan gerakan dinding perut.	simetris kika, warna dengan warna kulit lain, tidak ikterik tidak terdapat ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus
	Auskultasi	suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop) dan suara pembuluh darah dan friction rub :aorta, a.renalis, a. illiaka (bagian bell).	suara peristaltic terdengar setiap 5-20x/dtk, terdengar denyutan arteri renalis, arteri iliaka dan aorta
	Perkusi semua kuadran	mulai dari kuadran kanan atas bergerak searah jarum jam,	timpani, bila hepar dan limfa membesar=redup dan apabila

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
		perhatikan jika klien merasa nyeri dan bagaimana kualitas bunyinya, dengarkan batas hepar, ukuran dan batas limfa, nyeri pada ginjal	banyak cairan = hipertimpani
	Palpasi semua kuadran	(hepar, limfa, ginjal kiri dan kanan): massa, karakteristik organ, adanya asites, nyeri irregular, lokasi, dan nyeri. dengan cara perawat menghangatkan tangan terlebih dahulu	tidak teraba penonjolan tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa dan penumpukan cairan
5.	Pemeriksaan ekstremitas atas (bahu, siku, tangan)		
	Inspeksi struktur muskuloskeletal	simetris dan pergerakan, Integritas ROM, kekuatan dan tonus otot	simetris kiri kanan, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh)
	Palpasi	denyutan arteri. brachialis dan arteri. Radialis	teraba jelas
	Tes reflex	tendon trisep, bisep, dan brachioradialis	reflek bisep dan trisep positif
6.	Pemeriksaan ekstremitas bawah (panggul, lutut, pergelangan kaki dan telapak kaki) Inspeksi struktur muskuloskeletal	simetris dan pergerakan, integritas kulit, posisi dan letak, ROM, kekuatan dan tonus otot	simetris kiri kanan, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh
	Palpasi	arteri femoralis, arteri poplitea, a. dorsalis pedis: denyutan	teraba jelas
	Tes refleksi	tendon patella dan archilles	reflex patella dan archilles positif)
7.	Pemeriksaan genitalia (alat genital, anus, rectum) Inspeksi genitalia eksternal:	mukosa kulit, integritas kulit, contour simetris, edema, pengeluaran	bersih, mukosa lembab, integritas kulit baik, semetris tidak ada edema dan tanda-tanda infeksi (pengeluaran pus /bau)
	Wanita: Inspeksi vagina dan servik	integritas kulit, massa, pengeluaran	Kulit warna merah muda, halus, tidak pengeluaran
	Palpasi vagina, uterus dan ovarium:	Letak, ukuran, konsistensi dan, massa	Antefleksi/retrofleksi, tidak membesar (bila tidak hamil), lunak, tidak ada massa
	Pemeriksaan anus dan rectum	feses, nyeri, massa edema, haemoroid, fistula ani pengeluaran dan perdarahan	tidak ada nyeri, tidak terdapat edema/ hemoroid/ polip/ tanda-tanda infeksi dan pendarahan
	Pria:		
	Inspeksi dan palpasi penis	Integritas kulit, massa dan pengeluaran	integritas kulit baik, tidak ada masa atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran pus atau darah
	Inspeksi dan palpasi	integritas kulit, ukuran dan	integritas kulit baik, tidak ada masa

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
	skrotum	bentuk, turunan testes dan mobilitas, massa, nyeri dan tonjolan	atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran pus atau darah
	Pemeriksaan anus dan rectum	feses, nyeri, massa, edema, hemoroid, fistula ani, pengeluaran dan perdarahan	tidak ada nyeri , tidak terdapat edema/ hemoroid/ polip/ tanda-tanda infeksi dan pendarahan

Setelah dilakukan pemeriksaan, evaluasi hasil yang didapat dengan membandingkan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan. Hasil pemeriksaan yang didapat tersebut digunakan sebagai data dasar guna menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pokok-pokok pemeriksaan fisik yang minimal harus dilakukan sebelum kita menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Seperti yang kami tuliskan di atas bahwa pemeriksaan fisik ini dilakukan sesuai dengan kebutuhan kita sebagai seorang perawat. Maksud kami begini....tidak setiap klien yang kita asuh dilakukan pemeriksaan fisik secara keseluruhan, namun bisa juga sebagian dari bagian tubuh klien yang kita periksa. Misalnya kalau klien seorang ibu hamil ... fokuskan pemeriksaan kita selain perubahan tanda-tanda vital adalah pada perubahan-perubahan yang terjadi pada kehamilan, namun tetap memperhatikan bahwa manusia itu utuh. Selain pemeriksaan fisik mungkin juga diperlukan pemeriksaan penunjang lain seperti pemeriksaan laboratorium, dan lain-lain.

Perawat dapat memilih untuk mencatat hasil dari pengkajian fisik pada pemeriksaan atau pada akhir pemeriksaan. Sebagian besar institusi memiliki format khusus yang mempermudah pencatatan data pemeriksaan. Perawat meninjau semua hasil sebelum membantu klien berpakaian, untuk berjaga-jaga seandainya perlu memeriksa kembali informasi atau mendapatkan data tambahan. Temuan dari pengkajian fisik dimasukkan ke dalam rencana asuhan.

Data di dokumentasikan berdasarkan format SOAPIE, yang hampir sama dengan langkah-langkah proses keperawatan.

Format SOAPIE, terdiri dari: Data (riwayat) Subjektif, yaitu apa yang dilaporkan klien, data (fisik) Objektif, yaitu apa yang di observasi, inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi oleh perawat, Assessment (pengkajian) , yaitu diagnose keperawatan dan pernyataan tentang kemajuan atau kemunduran klien, Plan (Perencanaan), yaitu rencana perawatan klien, Implementation (pelaksanaan), yaitu intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan rencana, Evaluation (evaluasi), yaitu tinjauan hasil rencana yang sudah di implementasikan.

Latihan

Teman-teman untuk lebih memahami pemeriksaan fisik anda harus sering berlatih dengan banyak kasus penyakit dan dari setiap golongan umur (bayi baru lahir, bayi, anak, remaja, dewasa sampai dengan lansia), lakukan pemeriksaan sesuai dengan kebutuhan

asuhan anda. Agar lebih jelas sebaiknya setiap berlatih anda berkelompok dan sering berkonsultasi dengan pembimbing/tutor yang ada di dekat anda.

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Siapkan alat-alat yang diperlukan untuk melakukan pemeriksaan fisik.
- 2) Baca terlebih dahulu langkah-langkah melakukan pemeriksaan fisik.
- 3) Pilih klien sesuai dengan kebutuhan latihan anda, lakukan pemeriksaan sesuai kebutuhan asuhan keperawatan.

Ringkasan

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan kita sebagai seorang perawat untuk membuat penilaian klinis. Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. (Dewi Sartika, 2010).

Inspeksi (periksa pandang), palpasi (periksa raba), perkusi (periksa ketuk) dan auskultasi (periksa dengar) teknik dasar perawat melakukan pemeriksaan fisik pada klien dengan tetap memperhatikan 2 prinsip yaitu perhatikan lingkungan yang kita pakai untuk melakukan pemeriksaan dan kontrol infeksi.

Setelah pemeriksaan dilakukan maka perawat menuliskan hasil pemeriksaan pada catatan klien sebagai dokumentasi dalam bentuk sederhana S O A P I E (*subjektif, objektif, assessment, planning, imlpementasi* dan evaluasi).

Tes 1

- 1) Lingkungan yang harus diperhatikan oleh perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah harus
 - A. rapi, indah, penuh aksesoris
 - B. terang, nyaman, tertutup
 - C. mahal, hangat, bersahabat
 - D. bagus, mahal dan nyaman
- 2) Hasil pemeriksaan auskultasi pernafasan *wheezing*, adalah
 - A. suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan mengembang pada inspirasi (rales halus, sedang, kasar).

- B. nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi.
 - C. bunyi yang terdengar “ngiii...k”. bisa dijumpai pada fase inspirasi maupun ekspirasi.
 - D. bunyi yang terdengar “kering” seperti suara gosokan amplas pada kayu.
- 3) Sebelum melakukan pemeriksaan fisik, perawat harus mencuci tangan dengan benar, dengan maksud
- A. agar tangan pemeriksa tetap bersih
 - B. menghormati hak klien
 - C. mencegah penularan penyakit
 - D. mentaati langkah pemeriksaan.
- 4) Klienpun harus selalu diberi tahu pemeriksaan apa yang akan kita lakukan kepadanya, tujuannya
- A. agar klien tidak takut
 - B. menghormati hak klien
 - C. klien dapat bekerja sama
 - D. menjaga privacy klien
- 5) Pada waktu dilakukan pemeriksaan, kita selalu memperhatikan lingkungan, maksudnya
- A. agar klien tidak takut
 - B. menghormati hak klien
 - C. klien dapat bekerja sama
 - D. menjaga privacy klien
- 6) Perawat Suzana melakukan pengkajian fisik dengan pendekatan yang dimulai dari kepala sampai ekstremitas bawah dengan cara berurutan, prinsip pemeriksaan yang dilakukan perawat Suzana adalah
- A. *review of sistem*
 - B. pola fungsi kesehatan Gordon
 - C. *head to toe*
 - D. komprehensif.
- 7) Hasil normal yang ditemukan pada pemeriksaan payudara pada perempuan nifas adalah
- A. membesar, hiperpigmentasi, keluar ASI
 - B. membesar, ada benjolan, keluar darah
 - C. membesar, keras, kemerahan
 - D. membesar, keras, terasa sakit

✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

- 8) Pemeriksaan uji kepekaan telinga klien dengan garpu tala untuk mengetahui keseimbangan konduksi suara
- A. uji Webber
 - B. uji Rinne
 - C. uji Ritme
 - D. uji Scwabache
- 9) Untuk melakukan peradangan apendik, bisa dilakukan dengan palpasi abdomen tepatnya pada daerah titik
- A. tricuspidalis
 - B. Mc. Burney
 - C. Bicuspidalis
 - D. Garis Schuffmere
- 10) Hasil pemeriksaan daerah dada dengan cara perkusi pada interkosta klien didapatkan hasil suara dinding thorax yang normal
- A. Hipersonor
 - B. Sonor
 - C. Tympani
 - D. Dullness

Topik 2

Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia (KDM), dengan menggunakan metode proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Menurut Nursalam (2001) proses keperawatan adalah sebagai salah satu pendekatan utama dalam pemberian asuhan keperawatan, pada dasarnya suatu proses pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah.

Pada topik ini, kita akan membahas pengertian, perkembangan proses keperawatan, pentingnya proses keperawatan, tujuan proses keperawatan, tahapan dalam proses keperawatan.

Salah satu konsep yang juga harus Anda pahami dalam memberikan asuhan keperawatan adalah konsep proses keperawatan. Oleh karena itu marilah kita pelajari bersama tentang konsep itu, sebagai penyegaran kembali materi yang telah teman-teman pelajari beberapa waktu yang lalu.

A. PERKEMBANGAN PROSES KEPERAWATAN

Dalam perjalanannya proses keperawatan mengalami perkembangan. Berikut pendapat beberapa ahli mengenai perkembangan proses keperawatan (Potter Perry, 1998), dalam Alimul, 2006:

1. Florence Nightingale, menjelaskan bahwa keperawatan merupakan profesi yang dalam melaksanakan beberapa tindakan kepada pasien harus dipisahkan dari medis. Dalam menentukan atau melaksanakan fungsinya, perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan yang tidak adekuat dengan dengan memanipulasi lingkungan pasien untuk memfasilitasi proses penyembuhan. Lingkungan pasien yang baik/kondusif akan membantu mempercepat penyembuhan klien, sehingga memperpendek masa rawat dan otomatis memperkecil biaya yang dikeluarkan.
2. Hall, berpendapat bahwa proses keperawatan merupakan istilah yang digunakan dalam menentukan beberapa permasalahan pasien, keluarga dan perawat agar dapat diselesaikan, di mana terjadi interaksi antara perawat dan pengobatan dalam memberikan asuhan keperawatan dan memberikan kenyamanan bagi pasien yang dirawat selama menderita sakit. Asuhan keperawatan merupakan hal yang pertama yang menentukan kesembuhan klien, sebelum pengobatan. Maksudnya adalah klien sudah merasa sembuh dengan mendapat asuhan keperawatan yang baik, sebelum mendapatkan pengobatan.

3. Johnson, menjelaskan bahwa proses keperawatan merupakan cara mengkaji, mencapai keputusan, melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan dalam memecahkan masalah dan mengevaluasi.
4. Wiedenbach (1962), menjelaskan bahwa proses keperawatan merupakan sarana untuk memecahkan masalah kesehatan pasien dan keluarga (pasien), yang dilakukan melalui tiga tahap yaitu: tahap observasi, bantuan pertolongan dan validasi. Setiap tahap ini harus dilakukan dengan cermat, agar asuhan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien, dan masalah yang dihadapi segera bisa teratasi.
5. Yura H. Dan Walsh (1983), menjelaskan bahwa proses keperawatan dilaksanakan melalui empat tahap, yaitu tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
6. Knowles (1967), menjelaskan bahwa proses keperawatan dapat dilakukan dengan menggunakan prinsip 5D, yaitu: discover (menemukan), delve (mengkaji), decide (memutuskan), do (mengerjakan), dan discriminate (melakukan pemisahan). Pada tahun yang sama Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE) mengemukakan bahwa proses keperawatan dibagi menjadi beberapa tahap, yaitu tahap persepsi, komunikasi, intervensi dan evaluasi.
7. Orem, mengatakan bahwa keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan melalui beberapa pertimbangan dengan menggunakan tiga tahapan dalam asuhan keperawatan, yakni penentuan diagnosis, perencanaan sistem dan pengelolaan sistem perawatan.
8. Roy, mengatakan bahwa dalam melakukan proses keperawatan sebaiknya menggunakan enam tahapan, yaitu: mengkaji tingkah laku pasien, mengkaji faktor yang mempengaruhinya, mengidentifikasi masalah, merumuskan tujuan, merumuskan intervensi keperawatan, melakukan seleksi dan mengevaluasi. Kemudian dalam melakukan proses keperawatan ia mengajurkan dilakukannya penentuan diagnosis keperawatan.
9. *National Council of State Boards of Nursing* (1982), mengemukakan bahwa proses keperawatan dapat dibagi lima tahap, yaitu tahap pengkajian, tahap analisis (diagnosis), perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Dalam perjalanannya, asuhan keperawatan dilaksanakan dengan lima langkah yang sejalan dengan *National Council of State Boards of Nursing*.

B. PENTINGNYA PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan merupakan sarana bagi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang diasuhnya, dan memiliki arti penting bagi kedua belah pihak (perawat-klien). Seorang perawat dapat menggunakan proses keperawatan sebagai pedoman dalam membantu menyelesaikan permasalahan yang dihadapi klien, menunjukkan profesi yang mempunyai profesionalitas tinggi, serta dapat memberikan kebebasan pada klien untuk mendapatkan pelayanan yang cukup sesuai dengan kebutuhan sehingga berbagai manfaat yang dapat dilaksanakan antara lain:

1. Dapat meningkatkan kemandirian perawat dalam melaksanakan tugasnya karena di dalam proses keperawatan terdapat metode ilmiah keperawatan berupa langkah-langkah proses keperawatan.
2. Proses keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam melaksanakan tugas, karena pasien akan merasakan kepuasan setelah dikakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan.
3. Perawat dapat selalu meningkatkan kemampuan intelektual dan teknikalnya dalam tindakan keperawatan, karena melalui proses keperawatan perawat dituntut untuk mampu menyelesaikan masalah baru yang sesuai dengan masalah yang dialami pasien. Kepuasan kerja juga muncul dengan mengetahui bahwa tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai melalui proses keperawatan sehingga perawat dapat menunjukkan keprofesionalismenya. Dengan proses keperawatan rasa tanggung jawab dan tanggung gugat dapat dimiliki oleh perawat agar dapat digunakan untuk mencegah tindakan-tindakan yang merugikan dan tidak legal.

Pasien juga ikut merasakan kepuasan atas asuhan keperawatan yang diberikan, sehingga rasa kebebasan dalam penyampaian kebutuhan diri sampai dengan proses penyembuhan semakin cepat dan perasaan adanya perhatian yang besar akan kebutuhan akan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan efisien. Proses keperawatan memiliki beberapa karakteristik dan ciri khas dalam membantu menyelesaikan masalah klien, antara lain:

1. Proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah yang bersifat terbuka, fleksibel dalam memenuhi kebutuhan pasien, serta selalu berkembang terhadap masalah yang ada dan mengikuti perkembangan jaman.
2. Pendekatan proses keperawatan dapat dilakukan secara individual terhadap pemenuhan kebutuhan pasien.
3. Proses keperawatan dapat memudahkan perencanaan beberapa masalah keperawatan.
4. Proses keperawatan untuk mengarahkan tujuan pelayanan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, seperti kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual.
5. Proses keperawatan sendiri merupakan suatu siklus yang saling berhubungan antara tahap satu dengan tahap yang lain dan tidak berdiri sendiri.
6. Melalui proses keperawatan, masalah dapat lebih cepat diatasi karena dalam proses keperawatan terdapat penekanan validasi data serta pembuktian masalah dan berfokus pada umpan balik atau pengkajian ulang dalam mengetahui kebutuhan dasar secara komprehensif.

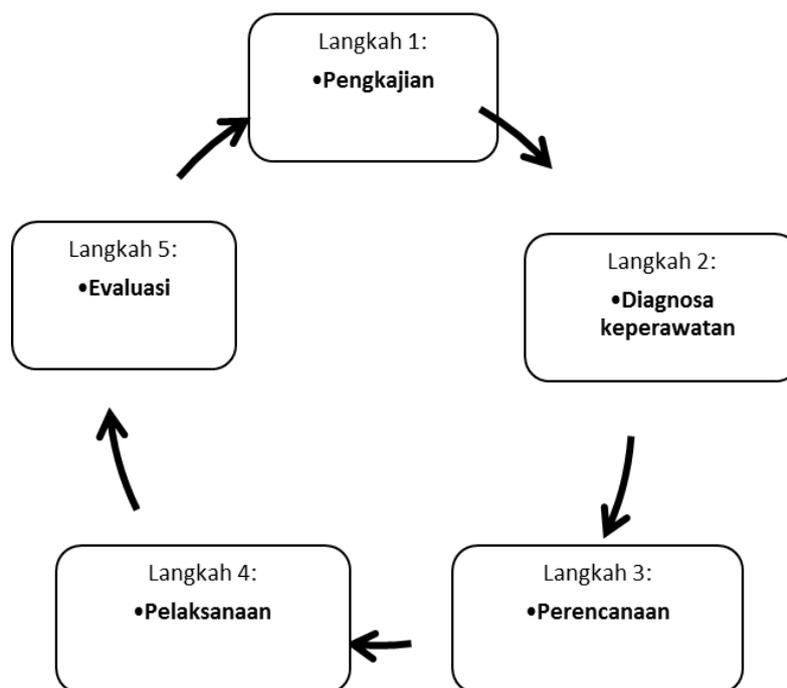
C. TUJUAN PROSES KEPERAWATAN

Adapun tujuan umum pelaksanaan proses keperawatan adalah untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas sehingga berbagai masalah kebutuhan pasien teratasi. Tujuan khusus proses keperawatan adalah:

1. Mengidentifikasi berbagai kebutuhan dasar manusia yang bersifat tidak mampu dilakukan, atau tidak diketahui bagaimana cara melakukannya.
2. Menentukan diagnosis keperawatan setelah dilakukan identifikasi.
3. Menentukan rencana tindakan keperawatan setelah diagnosis ditegakkan.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan setelah direncanakan.
5. Mengetahui perkembangan pasien dari berbagai tindakan yang telah dilakukan untuk menentukan tingkat keberhasilan.

D. TAHAPAN DALAM PROSES KEPERAWATAN

Ada lima langkah utama yang harus anda ikuti secara berurutan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan/*planning*, pelaksanaan/*implementation* dan evaluasi/*evaluation*, dengan tujuan untuk mengidentifikasi masalah klien, apakah keadaan klien sehat atau sakit. Kelima langkah ini harus dilaksanakan secara berurutan dengan menggunakan pendekatan siklus, setelah langkah kelima kita akan kembali ke langkah pertama demikian seterusnya sampai masalah klien yang kita asuh bisa teratasi. Bila digambarkan dalam bentuk bagan akan nampak seperti berikut:



Gambar 2.1: Langkah-langkah Proses Keperawatan

Nah...teman-teman, pada mata kuliah KDM 1 ini konsep proses keperawatan cukup anda pahami sampai di sini saja, untuk lebih detail nanti akan anda pelajari pada mata kuliah lain. Setelah memahami konsep proses keperawatan, kita akan lanjut dengan materi pemeriksaan fisik merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan pada langkah pertama proses keperawatan yaitu pengkajian.

Di samping mempelajari bab ini, teman-teman juga harus tetap membaca buku lain seperti buku Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia tulisan Bp. Alimul Aziz, dan buku-buku yang lain. Semoga sukses ya teman-teman.....

Latihan

Teman-teman.....untuk lebih meningkatkan pemahaman tentang proses keperawatan, anda harus melatih diri dengan melakukan latihan membuat asuhan keperawatan klien yang anda asuh setiap hari..

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Siapkan format pengkajian yang sudah anda dapatkan dari mata kuliah lain (dokumentasi keperawatan).
- 2) Pilih 3 klien yang anda asuh.
- 3) Lakukan pengkajian data dengan baik
- 4) Buat laporan asuhan keperawatan yang anda asuh dalam bentuk makalah.
- 5) Minta pengesahan Kepala Ruangan atau Pembimbing Klinik terdekat.
- 6) Serahkan ke pembimbing/dosen bila Anda datang ke kampus.

Ringkasan

Proses keperawatan merupakan salah satu pendekatan utama dalam pemberian asuhan keperawatan, pada dasarnya suatu proses pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah. Ada lima langkah utama yang harus dilakukan secara berurutan dengan menggunakan pendekatan siklus yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, setelah langkah kelima (evaluasi) kita akan kembali ke langkah pertama (pengkajian) dengan tujuan untuk mengidentifikasi masalah klien, apakah keadaan klien sehat atau sakit.

Asuhan keperawatan dapat tercapai melalui proses keperawatan sehingga perawat dapat menunjukkan keprofesionalismenya. Dengan proses keperawatan rasa tanggung jawab dan tanggung gugat dapat dimiliki oleh perawat agar dapat digunakan untuk mencegah tindakan-tindakan yang merugikan dan tidak legal.

Tes 2

- 1) Langkah-langkah proses keperawatan
 - A. subjektif, objektif, *assessment, planning, implementation, evaluation*
 - B. *assessment, planning, implementation, evaluation*, subjektif, objektif
 - C. pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
 - D. perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pengkajian, diagnosa keperawatan

- 2) Dalam melaksanakan proses keperawatan, setiap langkah dilakukan secara siklus, maksudnya dilakukan
 - A. dengan memperhatikan respons klien dengan seksama
 - B. pada seluruh tubuh klien secara teliti dan cermat
 - C. secara menyeluruh dan harus tetap utuh
 - D. secara berurutan secara berulang-ulang.

- 3) Proses keperawatan menurut *National Council of State Boards of Nursing*
 - A. perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan pasien
 - B. dilaksanakan melalui empat tahap: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
 - C. pelaksanaannya menggunakan prinsip 5D (*discover, delve, decide, do, discriminate*)
 - D. dibagi menjadi lima tahap: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi

- 4) Proses keperawatan menurut *Florence Nightingale*
 - A. perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan pasien
 - B. dilaksanakan melalui empat tahap: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
 - C. pelaksanaannya menggunakan prinsip 5D (*discover, delve, decide, do, discriminate*)
 - D. dibagi menjadi lima tahap: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi

- 5) Pentingnya proses keperawatan
 - A. sebagai pedoman dalam melaksanakan asuhan keperawatan
 - B. mempermudah pekerjaan perawat dan membantu klien dengan baik
 - C. memperpendek masa rawat klien, sehingga perawat dapat belajar dengan baik
 - D. sebagai acuan dalam setiap langkah proses pelayanan kepada setiap petugas kesehatan

- 6) Pada tahap pengkajian, hal yang dilakukan
 - A. pengumpulan data yang baik
 - B. menentukan keputusan klinis
 - C. melaksanakan strategi keperawatan
 - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai

- 7) Pada tahap diagnosis, hal yang dilakukan
 - A. pengumpulan data yang baik
 - B. menentukan keputusan klinis

- C. melaksanakan strategi keperawatan
 - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 8) Pada tahap implementasi hal yang dilakukan
- A. pengumpulan data yang baik
 - B. menentukan keputusan klinis
 - C. melaksanakan strategi keperawatan
 - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 9) Pada tahap evaluasi, hal yang dilakukan
- A. pengumpulan data yang baik
 - B. menentukan keputusan klinis
 - C. melaksanakan strategi keperawatan
 - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 10) Tujuan proses keperawatan dilaksanakan secara umum adalah
- A. mengidentifikasi semua kebutuhan dasar pasien
 - B. menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas
 - C. menciptakan perawat yang kreatif, maju dan berinovasi
 - D. mencegah pemborosan biaya perawatan yang dikeluarkan

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) C
- 3) D
- 4) B
- 5) D
- 6) C
- 7) A
- 8) A
- 9) B
- 10) C

Tes 2

- 1) C
- 2) C
- 3) D
- 4) A
- 5) A
- 6) A
- 7) B
- 8) C
- 9) D
- 10) B

Daftar Pustaka

- Alman. 2000, *Fundamental & Advanced Nursing Skill*, Canada, Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008, Teknik prosedural keperawatan, konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien, Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun .2006, Kebutuhan dasar manusia I , Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun H, 2006, Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2, Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U., 2005, Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Elkin, et al .2000., *Nursing Intervention and Clinical Skills*, Aecond edt.
- Kozier, B. 1995, *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*, California, Addison Wesley
- Perry,at al. 2005, *Keterampilan dan prosedur dasar,Kedokteran*, EGC, Jakarta
- Potter,P.1998, *Fundamental of Nursing*, Philadelphia, Lippincott
- Potter & Perry, 2006, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep,Proses dan Praktik*, edisi 4, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Priharjo, Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta : EGC
- S. Suarli dan Yanyan Bahtiar. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta : Erlangga Medical Series.
- Tarwoto Wartonah.2006, *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan edisi 3*, Salemba Medika, Jakarta
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III .2009, *Panduan Praktek KDM*, Salemba Medika, Jakarta
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul pembelajaran KDM*, Malang
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan* , Malang
- Wahid,IM dan Nurul, C. 2008, *Buku Ajar Kebutuhan dasar Manusia, teori dan aplikasi dalam praktek*, Salemba Medika, Jakarta.

BAB III

PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL

Ni Wayan Dwi Rosmalawati dan Kasiati

PENDAHULUAN

Pemeriksaan tanda-tanda vital merupakan suatu cara untuk mendeteksi adanya perubahan sistem tubuh, terdiri dari mengukur tekanan darah, mengukur suhu tubuh, menghitung denyut nadi dan menghitung pernafasan klien. Tanda vital mempunyai nilai sangat penting pada perubahan fungsi tubuh. Adanya perubahan tanda-tanda vital dapat menunjukkan ketidakseimbangan fungsi sistem tubuh yang harus mendapat penanganan/asuhan segera oleh perawat sebagai garda terdepan dalam asuhan kepada klien.

Tindakan ini bukan hanya merupakan kegiatan rutin pada pasien, tetapi merupakan tindakan pengawasan terhadap perubahan atau gangguan sistem tubuh. Pelaksanaan pemeriksaan tanda vital pada pasien tentu berbeda dengan pasien yang lainnya. Tingkat kegawatan dan penanganan pasien juga berbeda beda, mulai dari yang keadaan kritis hingga dalam keadaan pasien yang sakit ringan. Prosedur pemeriksaan tanda vital yang dilakukan pada pasien meliputi pengukuran suhu, pemeriksaan denyut nadi, pemeriksaan pernapasan dan pengukuran tekanan darah

Topik 1

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik, kami hanya menguraikan hal yang pokok-pokok saja, karena kami yakin hal ini sudah biasa Anda lakukan saat memberikan pelayanan kepada masyarakat di tempat anda bekerja. Kami tidak bermaksud menggurui anda teman-teman... di sini kami mengajak anda mengingat kembali secara konsep tentang apa yang sudah anda lakukan, sehingga pelayanan yang anda berikan nanti jadi semakin profesional.

A. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan kita sebagai seorang perawat untuk membuat penilaian klinis.

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. (Dewi Sartika, 2010).

1. Definisi Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi). (Raylene M Rospond, 2009; Terj D. Lyrawati, 2009).

Pemeriksaan fisik adalah metode pengumpulan data yang sistematis dengan memakai indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan rasa untuk mendeteksi masalah kesehatan klien. Untuk pemeriksaan fisik perawat menggunakan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi (Craven & Hirnle, 2000; Potter & Perry, 1997; Koziar et al., 1995).

Pemeriksaan fisik dalam keperawatan digunakan untuk mendapatkan data objektif dari riwayat keperawatan klien. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan bersamaan dengan wawancara. Fokus pengkajian fisik keperawatan adalah pada kemampuan fungsional klien. Misalnya, klien mengalami gangguan sistem muskuloskeletal, maka perawat mengkaji apakah gangguan tersebut mempengaruhi klien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari atau tidak.

2. Tujuan Pemeriksaan Fisik

Secara umum, pemeriksaan fisik yang dilakukan bertujuan:

- a. Untuk mengumpulkan dan memperoleh data dasar tentang kesehatan klien.
- b. Untuk menambah, mengkonfirmasi, atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan.

- c. Untuk mengkonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan.
- d. Untuk membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaan.
- e. Untuk mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan keperawatan.

3. Manfaat Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik memiliki banyak manfaat, baik bagi perawat sendiri, maupun bagi profesi kesehatan lain, di antaranya:

- a. Sebagai data untuk membantu perawat dalam menegakkan diagnose keperawatan.
- b. Mengetahui masalah kesehatan yang di alami klien.
- c. Sebagai dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat.
- d. Sebagai data untuk mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan.

4. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan Dalam Pemeriksaan Fisik

- a. Selalu meminta kesediaan/izin pada pasien untuk setiap pemeriksaan (*informed consent*).
- b. Jagalah privasi pasien.
- c. Pemeriksaan harus seksama dan sistematis.
- d. Jelaskan apa yang akan dilakukan sebelum pemeriksaan (tujuan, kegunaan, cara dan bagian yang akan diperiksa).
- e. Beri instruksi spesifik yang jelas.
- f. Berbicaralah yang komunikatif (kalau perlu gunakan bahasa daerah setempat).
- g. Ajaklah klien untuk bekerja sama dalam pemeriksaan.
- h. Perhatikanlah ekspresi/bahasa non verbal dari klien.
- i. Jangan menyakiti klien.

5. Persiapan dalam Pemeriksaan Fisik

a. Alat

Meteran/met line, Timbangan Berat Badan, Penlight, Steteskop, Tensimeter/sphigmomanometer, Thermometer, Arloji/stopwatch, Refleks Hammer, Otoskop, sarung tangan/*handschoon* bersih (jika perlu), tissue, buku catatan perawat. Alat diletakkan di dekat tempat tidur klien yang akan di periksa, susun serapi mungkin, dan letakkan alat yang mau dipakai terlebih dahulu paling dekat dengan anda.

b. Lingkungan

Pastikan ruangan dalam keadaan nyaman, hangat, cukup penerangan dan tertutup. Misalnya menutup pintu/jendela atau skerem untuk menjaga privasi klien.

c. Klien (fisik dan fisiologis)

Bantu klien mengenakan baju periksa jika ada dan anjurkan klien untuk rileks.

B. TEKNIK-TEKNIK PEMERIKSAAN FISIK YANG DIGUNAKAN ADALAH

Teknik pemeriksaan fisik yang kita gunakan ada 4 besar, yaitu: inspeksi (periksa pandang), palpasi (periksa raba), perkusi (periksa ketuk), auskultasi (periksa dengar).

1. Inspeksi

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu yang diperlukan. Metode ini berupaya melihat kondisi klien dengan menggunakan “sense of sign” baik melalui mata telanjang atau alat bantu penerangan (lampu). Inspeksi adalah kegiatan aktif, proses ketika perawat harus mengetahui apa yang dilihatnya dan di mana lokasinya. Metode inspeksi ini digunakan untuk mengkaji warna kulit, bentuk, posisi, ukuran dan lainnya dari tubuh pasien.

Pemeriksa menggunakan indera penglihatan berkonsentrasi untuk melihat pasien secara seksama, setiap sistem dan tidak terburu-buru sejak pertama bertemu dengan cara memperoleh riwayat pasien dan terutama sepanjang pemeriksaan fisik dilakukan. Inspeksi juga menggunakan indera pendengaran dan penciuman untuk mengetahui lebih lanjut, lebih jelas dan lebih memvalidasi apa yang dilihat oleh mata dan dikaitkan dengan suara atau bau dari pasien. Pemeriksa kemudian akan mengumpulkan dan menggolongkan informasi yang diterima oleh semua indera tersebut yang akan membantu dalam membuat keputusan diagnosa keperawatan dan selanjutnya bisa membuat intervensi keperawatan, kemudian seterusnya sesuai dengan langkah-langkah proses keperawatan serta bisa membantu penentuan terapi (dokter).

Cara pemeriksaan:

- a. Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri
- b. Bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka (diupayakan pasien membuka sendiri pakaiannya. Sebaiknya pakaian tidak dibuka sekaligus, namun dibuka seperlunya untuk pemeriksaan sedangkan bagian lain ditutupi selimut).
- c. Bandingkan bagian tubuh yang berlawanan (kesimetrisan) dan abnormalitas. Contoh : mata kuning (ikterus), terdapat struma di leher, kulit kebiruan (sianosis), dan lain-lain.
- d. Catat hasilnya.

2. Palpasi

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan menggunakan “sense of touch”. Palpasi adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh dengan menggunakan jari atau tangan. Tangan dan jari-jari adalah instrumen yang sensitif digunakan untuk mengumpulkan data, misalnya metode palpasi ini dapat digunakan untuk mendeteksi suhu tubuh (temperatur), adanya getaran, pergerakan, bentuk, konsistensi dan ukuran.

Rasa nyeri tekan dan kelainan dari jaringan/organ tubuh. Teknik palpasi dibagi menjadi dua:

a. Palpasi Ringan:

Caranya: ujung-ujung jari pada satu/dua tangan digunakan secara simultan. Tangan diletakkan pada area yang dipalpasi, jari-jari ditekan kebawah perlahan-lahan sampai ada hasil yang diharapkan.

b. Palpasi dalam (*bimanual*)

Caranya: misalnya untuk merasakan isi abdomen, dilakukan dua tangan. Satu tangan untuk merasakan bagian yang dipalpasi, tangan lainnya untuk menekan ke bawah. Dengan posisi rileks, jari-jari tangan kedua diletakkan melekat pada jari-jari pertama.

Cara pemeriksaan :

- 1) Posisi pasien bisa tidur, duduk atau berdiri.
- 2) Pastikan pasien dalam keadaan rileks dengan posisi yang nyaman.
- 3) Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering.
- 4) Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.
- 5) Lakukan palpasi dengan sentuhan perlahan-lahan dengan tekanan ringan.
- 6) Palpasi daerah yang dicurigai, adanya nyeri tekan menandakan kelainan.
- 7) Lakukan palpasi secara hati-hati apabila diduga adanya fraktur tulang.
- 8) Hindari tekanan yang berlebihan pada pembuluh darah.
- 9) Rasakan dengan seksama kelainan organ/jaringan, adanya nodul, tumor bergerak/tidak dengan konsistensi padat/kenyal, bersifat kasar/lembut, ukurannya dan ada/tidaknya getaran/ trill, serta rasa nyeri raba / tekan .
- 10) Catatlah hasil pemeriksaan yang didapat.

3. Perkusi

Perkusi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan memukul/mengetuk untuk mendengarkan bunyi getaran/ gelombang suara yang dihantarkan kepermukaan tubuh dari bagian tubuh yang diperiksa. Pemeriksaan dilakukan dengan ketukan jari atau tangan pada permukaan tubuh. Perjalanan getaran/ gelombang suara tergantung oleh kepadatan media yang dilalui. Derajat bunyi disebut dengan resonansi. Karakter bunyi yang dihasilkan dapat menentukan lokasi, ukuran, bentuk, dan kepadatan struktur di bawah kulit. Sifat gelombang suara yaitu semakin banyak jaringan, semakin lemah hantarannya dan udara/ gas paling resonan.

Cara pemeriksaan :

- a. Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang akan diperiksa.
- b. Pastikan pasien dalam keadaan rilex.
- c. Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.
- d. Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering.
- e. Lakukan perkusi secara seksama dan sistematis yaitu dengan:
 - 1) Metode langsung yaitu mengetukkan jari tangan langsung ke bagian tubuh yang akan diperiksa dengan menggunakan 1 atau 2 ujung jari.
 - 2) Metode tidak langsung dengan cara sebagai berikut : Jari tengah tangan kiri di letakkan dengan lembut di atas permukaan tubuh, ujung jari tengah dari tangan kanan, untuk mengetuk persendian, pukulan harus cepat dengan menggunakan kekuatan pergelangan tangan, dan lengan tidak bergerak dan pergelangan tangan rilek, berikan tenaga pukulan yang sama pada setiap area tubuh yang diperiksa.

- f. Bandingkan atau perhatikan bunyi yang dihasilkan oleh perkusi.
- 1) Bunyi timpani mempunyai intensitas keras, nada tinggi, waktu agak lama dan kualitas seperti drum (lambung).
 - 2) Bunyi resonan mempunyai intensitas menengah, nada rendah, waktu lama, kualitas bergema (paru normal).
 - 3) Bunyi hipersonar mempunyai intensitas amat keras, waktu lebih lama, kualitas ledakan (empisema paru).
 - 4) Bunyi pekak mempunyai intensitas lembut sampai menengah, nada tinggi, waktu agak lama kualitas seperti petir (hati).

4. Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah: bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus.

Penilaian pemeriksaan auskultasi meliputi:

- a. Frekuensi yaitu menghitung jumlah getaran per menit.
- b. Durasi yaitu lama bunyi yang terdengar.
- c. Intensitas bunyi yaitu ukuran kuat/ lemahnya suara.
- d. Kualitas yaitu warna nada/ variasi suara.

a. Bunyi jantung

Waktu mendengar, pemeriksa harus memusatkan pikiran pada sifat, karakteristik dan intensitas bunyi jantung.

Penilaian dilakukan berurutan dan sendiri-sendiri mulai dari bunyi jantung I, bunyi jantung II, sistole dan diastole.

Yang digolongkan dalam bunyi jantung ialah: Bunyi-bunyi jantung I, II, III, IV, Opening snap, irama derap, dan klik.

Bunyi jantung I, II merupakan bunyi jantung normal. Bunyi jantung III juga normal bila terdengar sampai umur 20 tahunan. Bunyi jantung IV, opening snap, irama derap dan klik ditemukan sebagai keadaan yang patologik. Pada kasus-kasus patologik tertentu dapat pula terdengar kelainan bunyi jantung I, II, III. Bunyi jantung dapat didengar dengan menempatkan telinga langsung di atas dada penderita. Dengan stetoskop, auskultasi mudah, sopan dan bunyi terdengar lebih keras. Stetoskop untuk orang dewasa tidak dapat dipakai pada anak.

Dianjurkan memakai stetoskop dengan panjang selang sekitar 30 cm dan diameter bagian dalam selang kira-kira 1/8 inci. Ada 2 macam stetoskop yaitu berbentuk sungkup dan diafragma. Sungkup lebih baik menangkap bunyi dan bising jantung bernada rendah, diafragma untuk bunyi bernada tinggi. Dalam proses auskultasi yang lebih penting dari stetoskop ialah pemeriksa. Ia harus mengetahui fisiologi dan patofisiologi kardiovaskuler sehingga dapat menentukan di mana mendengar dan bagaimana menginterpretasi bunyi dan bising jantung.

Tempat-tempat di permukaan dada dengan intensitas, bunyi jantung paling kuat tidak selalu sesuai dengan lokasi anatomik katup-katup. Daerah katup mitral, lokalisasinya pada sela iga V kiri, katup pulmonal pada sela iga II kiri. Daerah katup aorta di sela iga II kanan dan katup trikuspid pada peralihan korpus sterni ke processus xiphoideus.

b. Suara Nafas

Suara tidak normal yang dapat diauskultasi pada nafas adalah :

- 1) Rales: suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan mengembang pada inspirasi (rales halus, sedang, kasar). Misalnya pada klien pneumonia, TBC.
- 2) Ronchi: nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi. Ciri khas ronchi adalah akan hilang bila klien batuk. Misalnya pada edema paru.
- 3) Wheezing: bunyi yang terdengar “ngiii....k”. bisa dijumpai pada fase inspirasi maupun ekspirasi. Misalnya pada bronchitis akut, asma.
- 4) Pleura Friction Rub; bunyi yang terdengar “kering” seperti suara gosokan amplas pada kayu. Misalnya pada klien dengan peradangan pleura.

Cara pemeriksaan :

- 1) Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang diperiksa dan bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka.
- 2) Pastikan pasien dalam keadaan rilek dengan posisi yang nyaman.
- 3) Pastikan stetoskop sudah terpasang baik dan tidak bocor antara bagian kepala, selang dan telinga.
- 4) Pasanglah ujung stetoskop bagian telinga ke lubang telinga pemeriksa sesuai arah (harus tepat untuk telinga kanan dan kiri), untuk menghasilkan hasil pemeriksaan yang baik.
- 5) Hangatkan dulu kepala stetoskop dengan cara menempelkan pada telapak tangan pemeriksa.
- 6) Tempelkan kepala stetoskop pada bagian tubuh pasien yang akan diperiksa.
- 7) Gunakanlah bel stetoskop untuk mendengarkan bunyi bernada rendah pada tekanan ringan yaitu pada bunyi jantung dan vaskuler dan gunakan diafragma untuk bunyi bernada tinggi seperti bunyi usus dan paru.

c. Bising Usus

Untuk mendengarkan bising usus, auskultasi dilakukan pada keempat kuadran abdomen. Dengarkan peristaltik ususnya selama satu menit penuh. Bising usus normalnya 5-30 kali/menit. Jika kurang dari itu atau tidak ada sama sekali kemungkinan ada peristaltik ileus, konstipasi, peritonitis, atau obstruksi. Jika peristaltik usus terdengar lebih dari normal kemungkinan klien sedang mengalami diare.

- Dalam melakukan pemeriksaan fisik, ada dua prinsip yang harus kita perhatikan, yaitu:
- 1) Kontrol infeksi, meliputi mencuci tangan, memasang sarung tangan steril, memasang masker, dan membantu klien mengenakan baju periksa jika ada. Karena pada era sekarang penyakit infeksi juga semakin banyak, maka kita harus bisa membatasi penyebarannya dengan melakukan kontrol infeksi ini.
 - 2) Kontrol lingkungan yaitu memastikan ruangan dalam keadaan nyaman, hangat, dan cukup penerangan untuk melakukan pemeriksaan fisik baik bagi klien maupun bagi pemeriksa itu sendiri. Misalnya: menutup pintu/jendela atau skerem untuk menjaga privacy klien, komunikasi (penjelasan prosedur), privacy dan kenyamanan klien, sistematis dan konsisten (head to toe, dari eksternal ke internal, dari normal ke abnormal), berada di sisi kanan klien (bila memungkinkan), efisiensi, dan dokumentasi.

Selanjutnya materi akan dibahas adalah prosedur pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan, kita harus menyiapkan alat-alat yang kita perlukan dan ditata yang rapi di dekat kita di tempat yang memudahkan kita bekerja.

Setelah alat-alat didekatkan ke tempat periksa kita mulai melakukan prosedur dengan mencuci tangan, jelaskan prosedur pemeriksaan, pakai sarung tangan/handschoen bila diperlukan, baru kita mulai melakukan pemeriksaan dari kepala sampai dengan kaki

Harus diingat bahwa posisi klien pada waktu kita melakukan pemeriksaan bisa duduk/berbaring.

d. Pemeriksaan diawali dengan memeriksa

- 1) Kesadaran, tingkah laku, ekspresi wajah, mood. (Normal : Kesadaran penuh, Ekspresi sesuai, tidak ada menahan nyeri/ sulit bernafas), tanda-tanda stress/ kecemasan (Normal: relaks, tidak ada tanda-tanda cemas/takut), jenis kelamin, usia, tahapan perkembangan, TB, BB (Normal: BMI dalam batas normal), kebersihan Personal (Normal : Bersih dan tidak bau), cara berpakaian (Normal: Benar/ tidak terbalik), postur dan cara berjalan, bentuk dan ukuran tubuh, cara bicara. (Relaks, lancar, tidak gugup), evaluasi dengan membandingkan dengan keadaan normal.
Perlu menjadi perhatian bahwa pemeriksaan dilakukan dengan memeriksa seluruh tubuh klien dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*), atau hanya bagian tubuh klien yang diperlukan saja, disini kami kemas dalam bentuk tabel dengan maksud mempermudah saudara memahaminya, diawali dengan ...

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
1	a. Pemeriksaan kulit Inspeksi	kebersihan, warna, pigmentasi, lesi/perluasan, pucat, sianosis, dan ikterik.	kulit tidak ada ikterik / pucat / sianosis
	Palpasi	kelembaban, suhu permukaan kulit, tekstur, ketebalan, turgor kulit, dan edema.	lembab, turgor baik/elastik, tidak ada edema

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
	b. Pemeriksaan kuku Inspeksi	kebersihan, bentuk, dan warna kuku	bersih, bentuk normal tidak ada tanda-tanda jari tabuh (<i>clubbing finger</i>), tidak ikterik/sianosis
	Palpasi	ketebalan kuku dan capillary refill (pengisian kapiler).	aliran darah kuku akan kembali < 3 detik
2	Pemeriksaan kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan leher		
	a. Pemeriksaan kepala Inspeksi	ukuran lingkaran kepala, bentuk, kesimetrisan, adanya lesi atau tidak, kebersihan rambut dan kulit kepala, warna, rambut, jumlah dan distribusi rambut	simetris, bersih, tidak ada lesi, tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan gizi (rambut jagung dan kering)
	Palpasi	adanya pembengkakan/penonjolan, dan tekstur rambut	tidak ada penonjolan /pembengkakan, rambut lebat dan kuat/tidak rapuh/tidak mudah rontok
	b. Pemeriksaan wajah Inspeksi	warna kulit, pigmentasi, bentuk, dan kesimetrisan	warna sama dengan bagian tubuh lain, tidak pucat/ikterik, simetris
	Palpasi	nyeri tekan dahi, dan edema, pipi, dan rahang	tidak ada nyeri tekan dan edema
	c. Pemeriksaan Mata	bentuk, kesimetrisan, alis mata, bulu mata, kelopak mata, kesimetrisan, bola mata, warna konjungtiva dan sclera (anemis/ikterik), penggunaan kacamata / lensa kontak, dan respons terhadap cahaya	simetris mata kiri dan kanan, simetris bola mata kiri dan kanan, warna konjungtiva pink, dan sclera berwarna putih
	Tes Ketajaman Penglihatan	Ketajaman penglihatan seseorang mungkin berbeda dengan orang lain. Tajam penglihatan tersebut merupakan derajat persepsi detail dan kontour beda	
	d. Pemeriksaan Telinga Inspeksi	bentuk dan ukuran telinga, kesimetrisan, integritas, posisi telinga, warna, liang telinga (cerumen/tanda-tanda infeksi), alat bantu dengar	bentuk dan posisi simetris jika, integritas kulit bagus, warna sama dengan kulit lain, tidak ada tanda-tanda infeksi, dan alat bantu dengar
	Palpasi	nyeri tekan aurikuler, mastoid, dan tragus	tidak ada nyeri tekan
	e. Pemeriksaan Telinga Dengan Menggunakan Garpu Tala	b. Pemeriksaan Rinne 1) Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tangan yang berlawanan. 2) Letakkan tangkai garpu	

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
		<p>tala pada <i>prosesus mastoideus</i> klien.</p> <p>3) Anjurkan klien untuk memberi tahu pemeriksa jika ia tidak merasakan getaran lagi.</p> <p>4) Angkat garpu tala dan dengan cepat tempatkan di depan lubang telinga klien 1-2 cm dengan posisi garpu tala paralel terhadap lubang telinga luar klien.</p> <p>5) Instruksikan klien untuk member tahu apakah ia masih mendengarkan suara atau tidak.</p> <p>6) Catat hasil pemeriksaan pendengaran tersebut.</p> <p>7) Pemeriksaan Webber</p> <p>8) Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari yang berlawanan.</p> <p>9) Letakkan tangkai garpu tala di tengah puncak kepala klien .</p> <p>10) Tanyakan pada klien apakah bunyi terdengar sama jelas pada kedua telinga atau lebih jelas pada salah satu telinga.</p> <p>11) Catat hasil pemeriksaan dengan pendengaran tersebut</p>	
i.	Pemeriksaan hidung dan sinus Inspeksi	hidung eksternal (bentuk, ukuran, warna, kesimetrisan), rongga, hidung (lesi, sekret, sumbatan, pendarahan), hidung internal (kemerahan, lesi, tanda2 infeksi)	simetris kirii kanan, warna sama dengan warna kulit lain, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, perdarahan dan tanda-tanda infeksi
	Palpasi dan perkusi	frontalis dan, maksilaris (bengkak, nyeri, dan septum deviasi)	tidak ada bengkak dan nyeri tekan
j.	Pemeriksaan mulut dan bibir		
	Inspeksi dan palpasi struktur luar	warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi, dan stomatitis.	warna mukosa mulut dan bibir pink, lembab, tidak ada lesi dan stomatitis

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
	Inspeksi dan palpasi strukur dalam	gigi lengkap/penggunaan gigi palsu, perdarahan/ radang gusi, kesimetrisan, warna, posisi lidah, dan keadaan langit-langit	gigi lengkap, tidak ada tanda-tanda gigi berlobang atau kerusakan gigi, tidak ada perdarahan atau radang gusi, lidah simetris, warna pink, langit-langit utuh dan tidak ada tanda infeksi
	k. Pemeriksaan leher Inspeksi leher	warna integritas, bentuk simetris	warna sama dengan kulit lain, integritas kulit baik, bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjer gondok
	Inspeksi dan auskultasi arteri karotis	lokasi pulsasi	pulsasi arteri karotis terdengar
	Inspeksi dan palpasi kelenjer tiroid	Nodus/difus, pembesaran, batas, konsistensi, nyeri, gerakan/perlengketan pada kulit, kelenjar limfe (letak, konsistensi, nyeri, pembesaran), kelenjar parotis (letak, terlihat, teraba)	tidak teraba pembesaran kel.gondok, tidak ada nyeri, tidak ada pembesaran kel.limfe, tidak ada nyeri
	Auskultasi	Bising pembuluh darah	Terdengar bising pembuluh darah
3	Pemeriksaan dada dan punggung Pemeriksaan sistem pernafasan		
	Inspeksi	kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/penonjolan	simetris, bentuk dan postur normal, tidak ada tanda-tanda distress pernafasan, warna kulit sama dengan warna kulit lain, tidak ikterik/sianosis, tidak ada pembengkakan/penonjolan/edema
	Palpasi	Simetris, pergerakan dada, massa dan lesi, nyeri, tractile fremitus. (Perawat berdiri di belakang pasien, instruksikan pasien untuk mengucapkan angka “tujuh-tujuh” atau “enam-enam” sambil melakukan perabaan dengan kedua telapak tangan pada punggung pasien.)	integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan/massa/tanda-tanda peradangan, ekspansi simetris, taktil vremitus cenderung sebelah kanan lebih teraba jelas
	Perkusi	paru, eksrusi diafragma (konsistensi dan bandingkan satu sisi dengan satu sisi lain pada tinggi yang sama dengan pola berjenjang sisi ke sisi)	resonan (“dug dug dug”), jika bagian padat lebih daripada bagian udara=pekak (“bleg bleg bleg”), jika bagian udara lebih besar dari bagian padat=hiperesonan (“deng deng deng”), batas jantung=bunyi rensonan----hilang>>redup).
	Auskultasi	suara nafas, trachea, bronchus, paru. (dengarkan dengan	bunyi napas vesikuler, bronchovesikuler, brochial, tracheal)

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
		menggunakan stetoskop di lapang paru kiri kanan, di RIC 1 dan 2, di atas manubrium dan di atas trachea)	
	Pemeriksaan sistem kardiovaskuler		
	Inspeksi	Muka bibir, konjungtiva, vena jugularis, arteri karotis	Muka bibir, konjungtiva, vena jugularis, arteri karotis
	Palpasi	Denyutan	untuk inspeksi dan palpasi: denyutan aorta teraba
	Perkusi	ukuran, bentuk, dan batas jantung (lakukan dari arah samping ke tengah dada, dan dari atas ke bawah sampai bunyi redup)	batas jantung: tidak lebih dari 4,7,10 cm ke arah kiri dari garis mid sterna, pada RIC 4,5,dan 8
	Auskultasi	bunyi jantung, arteri karotis. (gunakan bagian diafragma dan bell dari stetoskop untuk mendengarkan bunyi jantung	terdengar bunyi jantung I/S1 (lub) dan bunyi jantung II/S2 (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan (S3 atau S4)
	Dada dan aksila		
	Inspeksi payudara	Integritas kulit, besar payudara kiri kanan simetris/tidak.	Integritas kulit, besar payudara kiri kanan simetris/tidak.
	Palpasi	Bentuk, simetris, ukuran, aerola, puting, dan penyebaran vena	Bentuk simetris, puting menonjol, tidak ada penonjolan abnormal
	Inspeksi dan palpasi aksila	nyeri, perbesaran nodus limfe, konsistensi	Tidak nyeri, tidak ada pembesaran nodus, konsistensi lunak
4.	Pemeriksaan Abdomen (Perut)		
	Inspeksi	kuadran dan simetris, contour, warna kulit, lesi, scar, ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus, dan gerakan dinding perut.	simetris jika, warna dengan warna kulit lain, tidak ikterik tidak terdapat ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus
	Auskultasi	suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop) dan suara pembuluh darah dan friction rub :aorta, a.renalis, a. illiaka (bagian bell).	suara peristaltic terdengar setiap 5-20x/dtk, terdengar denyutan arteri renalis, arteri iliaka dan aorta
	Perkusi semua kuadran	mulai dari kuadran kanan atas bergerak searah jarum jam, perhatikan jika klien merasa nyeri dan bagaimana kualitas bunyinya, dengarkan batas hepar, ukuran dan batas limfa, nyeri pada ginjal	timpani, bila hepar dan limfa membesar=redup dan apabila banyak cairan = hipertimpani
	Palpasi semua kuadran	(hepar, limfa, ginjal kiri dan kanan): massa, karakteristik organ, adanya asistes, nyeri irregular, lokasi, dan nyeri.dengan	tidak teraba penonjolan tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa dan penumpukan cairan

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
		cara perawat menghangatkan tangan terlebih dahulu	
5.	Pemeriksaan ekstremitas atas (bahu, siku, tangan)		
	Inspeksi struktur muskuloskeletal	simetris dan pergerakan, Integritas ROM, kekuatan dan tonus otot	simetris kiri kanan, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh)
	Palpasi	denyutan arteri. brachialis dan arteri. Radialis	teraba jelas
	Tes reflex	tendon trisep, bisep, dan brachioradialis	reflek bisep dan trisep positif
6.	Pemeriksaan ekstremitas bawah (panggul, lutut, pergelangan kaki dan telapak kaki)		
	Inspeksi struktur muskuloskeletal	simetris dan pergerakan, integritas kulit, posisi dan letak, ROM, kekuatan dan tonus otot	simetris kiri kanan, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh
	Palpasi	arteri femoralis, arteri poplitea, a. dorsalis pedis: denyutan	teraba jelas
	Tes refleks	tendon patella dan archilles	reflex patella dan archilles positif)
7.	Pemeriksaan genitalia (alat genital, anus, rectum) Inspeksi genitalia eksternal:	mukosa kulit, integritas kulit, contour simetris, edema, pengeluaran	bersih, mukosa lembab, integritas kulit baik, semetris tidak ada edema dan tanda-tanda infeksi (pengeluaran pus /bau)
	Wanita: Inspeksi vagina dan servik	integritas kulit, massa, pengeluaran	Kulit warna merah muda, halus, tidak pengeluaran
	Palpasi vagina, uterus dan ovarium:	Letak, ukuran, konsistensi dan, massa	Antefleksi/retrofleksi, tidak membesar (bila tidak hamil), lunak, tidak ada massa
	Pemeriksaan anus dan rectum	feses, nyeri, massa edema, haemoroid, fistula ani pengeluaran dan perdarahan	tidak ada nyeri, tidak terdapat edema/ hemoroid/ polip/ tanda-tanda infeksi dan pendarahan
	Pria:		
	Inspeksi dan palpasi penis	Integritas kulit, massa dan pengeluaran	integritas kulit baik, tidak ada masa atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran pus atau darah
	Inspeksi dan palpasi skrotum	integritas kulit, ukuran dan bentuk, turunan testes dan mobilitas, massa, nyeri dan tonjolan	integritas kulit baik, tidak ada masa atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran pus atau darah
	Pemeriksaan anus dan rectum	feses, nyeri, massa, edema, hemoroid, fistula ani, pengeluaran dan perdarahan	tidak ada nyeri , tidak terdapat edema/ hemoroid/ polip/ tanda-tanda infeksi dan pendarahan

Setelah dilakukan pemeriksaan, evaluasi hasil yang di dapat dengan membandingkan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan. Hasil pemeriksaan yang didapat tersebut digunakan sebagai data dasar guna menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pokok-pokok pemeriksaan fisik yang minimal harus dilakukan sebelum kita menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Seperti yang kami tuliskan di atas bahwa pemeriksaan fisik ini dilakukan sesuai dengan kebutuhan kita sebagai seorang perawat. Maksud kami begini...tidak setiap klien yang kita asuh dilakukan pemeriksaan fisik secara keseluruhan, namun bisa juga sebagian dari bagian tubuh klien yang kita periksa. Misalnya kalau klien seorang ibu hamil..fokus pemeriksaan kita selain perubahan tanda-tanda vital adalah pada perubahan-perubahan yang terjadi pada kehamilan, namun tetap memperhatikan bahwa manusia itu utuh. Selain pemeriksaan fisik mungkin juga diperlukan pemeriksaan penunjang lain seperti pemeriksaan laboratorium, dan lain-lain.

Perawat dapat memilih untuk mencatat hasil dari pengkajian fisik pada pemeriksaan atau pada akhir pemeriksaan. Sebagian besar institusi memiliki format khusus yang mempermudah pencatatan data pemeriksaan. Perawat meninjau semua hasil sebelum membantu klien berpakaian, untuk berjaga-jaga seandainya perlu memeriksa kembali informasi atau mendapatkan data tambahan. Temuan dari pengkajian fisik dimasukkan ke dalam rencana asuhan.

Data di dokumentasikan berdasarkan format SOAPIE, yang hampir sama dengan langkah-langkah proses keperawatan.

Format SOAPIE, terdiri dari: Data (riwayat) Subjektif, yaitu apa yang dilaporkan klien, data (fisik) Objektif, yaitu apa yang di observasi, inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi oleh perawat, Assessment (pengkajian) , yaitu diagnose keperawatan dan pernyataan tentang kemajuan atau kemunduran klien, Plan (Perencanaan), yaitu rencana perawatan klien, Implementation (pelaksanaan), yaitu intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan rencana, Evaluation (evaluasi), yaitu tinjauan hasil rencana yang sudah di implementasikan.

Latihan

Teman-teman untuk lebih memahami pemeriksaan fisik anda harus sering berlatih dengan banyak kasus penyakit dan dari setiap golongan umur (bayi baru lahir, bayi, anak, remaja, dewasa sampai dengan lansia), lakukan pemeriksaan sesuai dengan kebutuhan asuhan anda. Agar lebih jelas sebaiknya setiap berlatih anda berkelompok dan sering berkonsultasi dengan pembimbing/tutor yang ada di dekat anda.

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Siapkan alat-alat yang diperlukan untuk melakukan pemeriksaan fisik.
- 2) Baca terlebih dahulu langkah-langkah melakukan pemeriksaan fisik.

- 3) Pilih klien sesuai dengan kebutuhan latihan anda, lakukan pemeriksaan sesuai kebutuhan asuhan keperawatan.

Ringkasan

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan kita sebagai seorang perawat untuk membuat penilaian klinis. Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. (Dewi Sartika, 2010).

Inspeksi (periksa pandang), palpasi (periksa raba), perkusi (periksa ketuk) dan auskultasi (periksa dengar) teknik dasar perawat melakukan pemeriksaan fisik pada klien dengan tetap memperhatikan 2 prinsip yaitu perhatikan lingkungan yang kita pakai untuk melakukan pemeriksaan dan kontrol infeksi.

Setelah pemeriksaan dilakukan maka perawat menuliskan hasil pemeriksaan pada catatan klien sebagai dokumentasi dalam bentuk sederhana S O A P I E (*subjektif, objektif, assessment, planning, impementasi* dan evaluasi).

Tes 1

- 1) Lingkungan yang harus diperhatikan oleh perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah harus
 - A. rapi, indah, penuh aksesoris
 - B. terang, nyaman, tertutup
 - C. mahal, hangat, bersahabat
 - D. bagus, mahal dan nyaman
- 2) Hasil pemeriksaan auskultasi pernafasan *wheezing*, adalah
 - A. suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan mengembang pada inspirasi (rales halus, sedang, kasar).
 - B. nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi.
 - C. bunyi yang terdengar “ngiii...k”. bisa dijumpai pada fase inspirasi maupun ekspirasi.
 - D. bunyi yang terdengar “kering” seperti suara gosokan amplas pada kayu.
- 3) Sebelum melakukan pemeriksaan fisik, perawat harus mencuci tangan dengan benar, dengan maksud

- A. agar tangan pemeriksa tetap bersih
 - B. menghormati hak klien
 - C. mencegah penularan penyakit
 - D. mentaati langkah pemeriksaan.
- 4) Klienpun harus selalu diberi tahu pemeriksaan apa yang akan kita lakukan kepadanya, tujuannya
- A. agar klien tidak takut
 - B. menghormati hak klien
 - C. klien dapat bekerja sama
 - D. menjaga privacy klien
- 5) Pada waktu dilakukan pemeriksaan, kita selalu memperhatikan lingkungan, maksudnya
- A. agar klien tidak takut
 - B. menghormati hak klien
 - C. klien dapat bekerja sama
 - D. menjaga privacy klien
- 6) Perawat Suzana melakukan pengkajian fisik dengan pendekatan yang dimulai dari kepala sampai ekstremitas bawah dengan cara berurutan, prinsip pemeriksaan yang dilakukan perawat Suzana adalah
- A. review of sistem
 - B. pola fungsi kesehatan Gordon
 - C. head to toe
 - D. komprehensif.
- 7) Hasil normal yang ditemukan pada pemeriksaan payudara pada perempuan nifas adalah
- A. membesar, hiperpigmentasi, keluar ASI
 - B. membesar, ada benjolan, keluar darah
 - C. membesar, keras, kemerahan
 - D. membesar, keras, terasa sakit
- 8) Pemeriksaan uji kepekaan telinga klien dengan garpu tala untuk mengetahui keseimbangan konduksi suara
- A. uji Webber
 - B. uji Rinne
 - C. uji Ritme
 - D. uji Scwabache

✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

- 9) Untuk melakukan peradangan apendik, bisa dilakukan dengan palpasi abdomen tepatnya pada daerah titik
- A. tricuspidalis
 - B. Mc. Burney
 - C. Bicuspidalis
 - D. Garis Schuffmere
- 10) Hasil pemeriksaan daerah dada dengan cara perkusi pada interkosta klien didapatkan hasil suara dinding thorax yang normal
- A. Hipersonor
 - B. Sonor
 - C. Tympani
 - D. Dullness

Topik 2

Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia (KDM), dengan menggunakan metode proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Menurut Nursalam (2001) proses keperawatan adalah sebagai salah satu pendekatan utama dalam pemberian asuhan keperawatan, pada dasarnya suatu proses pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah.

Pada topik ini, kita akan membahas pengertian, perkembangan proses keperawatan, pentingnya proses keperawatan, tujuan proses keperawatan, tahapan dalam proses keperawatan.

Salah satu konsep yang juga harus anda pahami dalam memberikan asuhan keperawatan adalah konsep proses keperawatan. Oleh karena itu marilah kita pelajari bersama tentang konsep itu, sebagai penyegaran kembali materi yang telah teman-teman pelajari beberapa waktu yang lalu.

A. PERKEMBANGAN PROSES KEPERAWATAN

Dalam perjalanannya proses keperawatan mengalami perkembangan. Berikut pendapat beberapa ahli mengenai perkembangan proses keperawatan (Potter Perry, 1998), dalam Alimul, 2006:

1. Florence Nightingale, menjelaskan bahwa keperawatan merupakan profesi yang dalam melaksanakan beberapa tindakan kepada pasien harus dipisahkan dari medis. Dalam menentukan atau melaksanakan fungsinya, perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan yang tidak adekuat dengan dengan memanipulasi lingkungan pasien untuk memfasilitasi proses penyembuhan. Lingkungan pasien yang baik/kondusif akan membantu mempercepat penyembuhan klien, sehingga memperpendek masa rawat dan otomatis memperkecil biaya yang dikeluarkan.
2. Hall, berpendapat bahwa proses keperawatan merupakan istilah yang digunakan dalam menentukan beberapa permasalahan pasien, keluarga dan perawat agar dapat diselesaikan, di mana terjadi interaksi antara perawat dan pengobatan dalam memberikan asuhan keperawatan dan memberikan kenyamanan bagi pasien yang dirawat selama menderita sakit. Asuhan keperawatan merupakan hal yang pertama yang menentukan kesembuhan klien, sebelum pengobatan. Maksudnya adalah klien sudah merasa sembuh dengan mendapat asuhan keperawatan yang baik, sebelum mendapatkan pengobatan.

3. Johnson, menjelaskan bahwa proses keperawatan merupakan cara mengkaji, mencapai keputusan, melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan dalam memecahkan masalah dan mengevaluasi.
4. Wiedenbach (1962), menjelaskan bahwa proses keperawatan merupakan sarana untuk memecahkan masalah kesehatan pasien dan keluarga (pasien), yang dilakukan melalui tiga tahap yaitu: tahap observasi, bantuan pertolongan dan validasi. Setiap tahap ini harus dilakukan dengan cermat, agar asuhan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien, dan masalah yang dihadapi segera bisa teratasi.
5. Yura H. Dan Walsh (1983), menjelaskan bahwa proses keperawatan dilaksanakan melalui empat tahap, yaitu tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
6. Knowles (1967), menjelaskan bahwa proses keperawatan dapat dilakukan dengan menggunakan prinsip 5D, yaitu: discover (menemukan), delve (mengkaji), decide (memutuskan), do (mengerjakan), dan discriminate (melakukan pemisahan). Pada tahun yang sama Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE) mengemukakan bahwa proses keperawatan dibagi menjadi beberapa tahap, yaitu tahap persepsi, komunikasi, intervensi dan evaluasi.
7. Orem, mengatakan bahwa keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan melalui beberapa pertimbangan dengan menggunakan tiga tahapan dalam asuhan keperawatan, yakni penentuan diagnosis, perencanaan sistem dan pengelolaan sistem perawatan.
8. Roy, mengatakan bahwa dalam melakukan proses keperawatan sebaiknya menggunakan enam tahapan, yaitu: mengkaji tingkah laku pasien, mengkaji faktor yang mempengaruhinya, mengidentifikasi masalah, merumuskan tujuan, merumuskan intervensi keperawatan, melakukan seleksi dan mengevaluasi. Kemudian dalam melakukan proses keperawatan ia mengajurkan dilakukannya penentuan diagnosis keperawatan.
9. *National Council of State Boards of Nursing* (1982), mengemukakan bahwa proses keperawatan dapat dibagi lima tahap, yaitu tahap pengkajian, tahap analisis (diagnosis), perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Dalam perjalanannya, asuhan keperawatan dilaksanakan dengan lima langkah yang sejalan dengan *National Council of State Boards of Nursing*.

B. PENTINGNYA PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan merupakan sarana bagi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang diasuhnya, dan memiliki arti penting bagi kedua belah pihak (perawat-klien). Seorang perawat dapat menggunakan proses keperawatan sebagai pedoman dalam membantu menyelesaikan permasalahan yang dihadapi klien, menunjukkan profesi yang mempunyai profesionalitas tinggi, serta dapat memberikan kebebasan pada klien untuk mendapatkan pelayanan yang cukup sesuai dengan kebutuhan sehingga berbagai manfaat yang dapat dilaksanakan antara lain:

1. Dapat meningkatkan kemandirian perawat dalam melaksanakan tugasnya karena di dalam proses keperawatan terdapat metode ilmiah keperawatan berupa langkah-langkah proses keperawatan.
2. Proses keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam melaksanakan tugas, karena pasien akan merasakan kepuasan setelah dikakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan.
3. Perawat dapat selalu meningkatkan kemampuan intelektual dan teknikalnya dalam tindakan keperawatan, karena melalui proses keperawatan perawat dituntut untuk mampu menyelesaikan masalah baru yang sesuai dengan masalah yang dialami pasien. Kepuasan kerja juga muncul dengan mengetahui bahwa tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai melalui proses keperawatan sehingga perawat dapat menunjukkan keprofesionalismenya. Dengan proses keperawatan rasa tanggung jawab dan tanggung gugat dapat dimiliki oleh perawat agar dapat digunakan untuk mencegah tindakan-tindakan yang merugikan dan tidak legal.

Pasien juga ikut merasakan kepuasan atas asuhan keperawatan yang diberikan, sehingga rasa kebebasan dalam penyampaian kebutuhan diri sampai dengan proses penyembuhan semakin cepat dan perasaan adanya perhatian yang besar akan kebutuhan akan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan efisien. Proses keperawatan memiliki beberapa karakteristik dan ciri khas dalam membantu menyelesaikan masalah klien, antara lain:

1. Proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah yang bersifat terbuka, fleksibel dalam memenuhi kebutuhan pasien, serta selalu berkembang terhadap masalah yang ada dan mengikuti perkembangan jaman.
2. Pendekatan proses keperawatan dapat dilakukan secara individual terhadap pemenuhan kebutuhan pasien.
3. Proses keperawatan dapat memudahkan perencanaan beberapa masalah keperawatan.
4. Proses keperawatan untuk mengarahkan tujuan pelayanan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, seperti kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual.
5. Proses keperawatan sendiri merupakan suatu siklus yang saling berhubungan antara tahap satu dengan tahap yang lain dan tidak berdiri sendiri.
6. Melalui proses keperawatan, masalah dapat lebih cepat diatasi karena dalam proses keperawatan terdapat penekanan validasi data serta pembuktian masalah dan berfokus pada umpan balik atau pengkajian ulang dalam mengetahui kebutuhan dasar secara komprehensif.

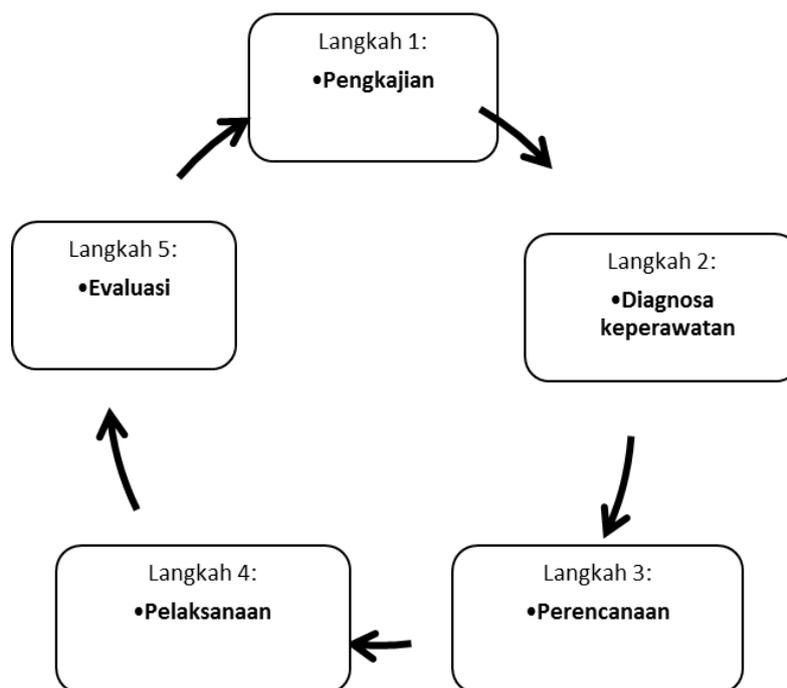
C. TUJUAN PROSES KEPERAWATAN

Adapun tujuan umum pelaksanaan proses keperawatan adalah untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas sehingga berbagai masalah kebutuhan pasien teratasi. Tujuan khusus proses keperawatan adalah:

1. Mengidentifikasi berbagai kebutuhan dasar manusia yang bersifat tidak mampu dilakukan, atau tidak diketahui bagaimana cara melakukannya.
2. Menentukan diagnosis keperawatan setelah dilakukan identifikasi.
3. Menentukan rencana tindakan keperawatan setelah diagnosis ditegakkan.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan setelah direncanakan.
5. Mengetahui perkembangan pasien dari berbagai tindakan yang telah dilakukan untuk menentukan tingkat keberhasilan.

D. TAHAPAN DALAM PROSES KEPERAWATAN

Ada lima langkah utama yang harus anda ikuti secara berurutan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan/*planning*, pelaksanaan/*implementation* dan evaluasi/*evaluation*, dengan tujuan untuk mengidentifikasi masalah klien, apakah keadaan klien sehat atau sakit. Kelima langkah ini harus dilaksanakan secara berurutan dengan menggunakan pendekatan siklus, setelah langkah kelima kita akan kembali ke langkah pertama demikian seterusnya sampai masalah klien yang kita asuh bisa teratasi. Bila digambarkan dalam bentuk bagan akan nampak seperti berikut:



Gambar 3.1: Langkah-langkah Proses Keperawatan

Nah...teman-teman, pada mata kuliah KDM 1 ini konsep proses keperawatan cukup anda pahami sampai di sini saja, untuk lebih detail nanti akan anda pelajari pada mata kuliah lain. Setelah memahami konsep proses keperawatan, kita akan lanjut dengan materi pemeriksaan fisik merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan pada langkah pertama proses keperawatan yaitu pengkajian.

Di samping mempelajari bab ini, teman-teman juga harus tetap membaca buku lain seperti buku Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia tulisan Bp. Alimul Aziz, dan buku-buku yang lain. Semoga sukses ya teman-teman.....

Latihan

Teman-teman.....untuk lebih meningkatkan pemahaman tentang proses keperawatan, anda harus melatih diri dengan melakukan latihan membuat asuhan keperawatan klien yang anda asuh setiap hari.

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Siapkan format pengkajian yang sudah anda dapatkan dari mata kuliah lain (dokumentasi keperawatan).
- 2) Pilih 3 klien yang anda asuh.
- 3) Lakukan pengkajian data dengan baik
- 4) Buat laporan asuhan keperawatan yang anda asuh dalam bentuk makalah.
- 5) Minta pengesahan Kepala Ruangan atau Pembimbing Klinik terdekat.
- 6) Serahkan ke pembimbing/dosen bila Anda datang ke kampus.

Ringkasan

Proses keperawatan merupakan salah satu pendekatan utama dalam pemberian asuhan keperawatan, pada dasarnya suatu proses pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah. Ada lima langkah utama yang harus dilakukan secara berurutan dengan menggunakan pendekatan siklus yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, setelah langkah kelima (evaluasi) kita akan kembali ke langkah pertama (pengkajian) dengan tujuan untuk mengidentifikasi masalah klien, apakah keadaan klien sehat atau sakit.

Asuhan keperawatan dapat tercapai melalui proses keperawatan sehingga perawat dapat menunjukkan keprofesionalismenya. Dengan proses keperawatan rasa tanggung jawab dan tanggung gugat dapat dimiliki oleh perawat agar dapat digunakan untuk mencegah tindakan-tindakan yang merugikan dan tidak legal.

Tes 2

- 1) Langkah-langkah proses keperawatan
 - A. subjektif, objektif, *assessment, planning, implementation, evaluation*
 - B. *assessment, planning, implementation, evaluation*, subjektif, objektif
 - C. pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
 - D. perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pengkajian, diagnosa keperawatan

- 2) Dalam melaksanakan proses keperawatan, setiap langkah dilakukan secara siklus, maksudnya dilakukan
 - A. dengan memperhatikan respons klien dengan seksama
 - B. pada seluruh tubuh klien secara teliti dan cermat
 - C. secara menyeluruh dan harus tetap utuh
 - D. secara berurutan secara berulang-ulang.

- 3) Proses keperawatan menurut *National Council of State Boards of Nursing*
 - A. perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan pasien
 - B. dilaksanakan melalui empat tahap: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
 - C. pelaksanaannya menggunakan prinsip 5D (*discover, delve, decide, do, discriminate*)
 - D. dibagi menjadi lima tahap: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi

- 4) Proses keperawatan menurut *Florence Nightingale*
 - A. perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan pasien
 - B. dilaksanakan melalui empat tahap: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
 - C. pelaksanaannya menggunakan prinsip 5D (*discover, delve, decide, do, discriminate*)
 - D. dibagi menjadi lima tahap: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi

- 5) Pentingnya proses keperawatan
 - A. sebagai pedoman dalam melaksanakan asuhan keperawatan
 - B. mempermudah pekerjaan perawat dan membantu klien dengan baik
 - C. memperpendek masa rawat klien, sehingga perawat dapat belajar dengan baik
 - D. sebagai acuan dalam setiap langkah proses pelayanan kepada setiap petugas kesehatan

- 6) Pada tahap pengkajian, hal yang dilakukan
 - A. pengumpulan data yang baik
 - B. menentukan keputusan klinis
 - C. melaksanakan strategi keperawatan
 - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai

- 7) Pada tahap diagnosis, hal yang dilakukan
 - A. pengumpulan data yang baik
 - B. menentukan keputusan klinis

- C. melaksanakan strategi keperawatan
 - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 8) Pada tahap implementasi hal yang dilakukan
- A. pengumpulan data yang baik
 - B. menentukan keputusan klinis
 - C. melaksanakan strategi keperawatan
 - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 9) Pada tahap evaluasi, hal yang dilakukan
- A. pengumpulan data yang baik
 - B. menentukan keputusan klinis
 - C. melaksanakan strategi keperawatan
 - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 10) Tujuan proses keperawatan dilaksanakan secara umum adalah
- A. mengidentifikasi semua kebutuhan dasar pasien
 - B. menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas
 - C. menciptakan perawat yang kreatif, maju dan berinovasi
 - D. mencegah pemborosan biaya perawatan yang dikeluarkan

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) C
- 3) D
- 4) B
- 5) D
- 6) C
- 7) A
- 8) A
- 9) B
- 10) C

Tes 2

- 1) C
- 2) C
- 3) D
- 4) A
- 5) A
- 6) A
- 7) B
- 8) C
- 9) D
- 10) B

Daftar Pustaka

- Alman. 2000, *Fundamental & Advanced Nursing Skill*, Canada, Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008, Teknik prosedural keperawatan, konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien, Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun .2006, Kebutuhan dasar manusia I , Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun H, 2006, Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2, Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U., 2005, Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Elkin, et al .2000., *Nursing Intervention and Clinical Skills*, Aecond edt.
- Kozier, B. 1995, *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*, California, Addison Wesley
- Perry,at al. 2005, *Keterampilan dan prosedur dasar,Kedokteran*, EGC, Jakarta
- Potter,P.1998, *Fundamental of Nursing*, Philadelphia, Lippincott
- Potter & Perry, 2006, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep,Proses dan Praktik*, edisi 4, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Priharjo, Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta : EGC
- S. Suarli dan Yanyan Bahtiar. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta : Erlangga Medical Series.
- Tarwoto Wartonah.2006, *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan edisi 3*, Salemba Medika, Jakarta
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III .2009, *Panduan Praktek KDM*, Salemba Medika, Jakarta
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul pembelajaran KDM*, Malang
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan* , Malang
- Wahid,IM dan Nurul, C. 2008, *Buku Ajar Kebutuhan dasar Manusia, teori dan aplikasi dalam praktek*, Salemba Medika, Jakarta.