

Program Studi  
**Sarjana Terapan Kebidanan**



# **MODUL 2**

# **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 2  
BAHAN AJAR CETAK  
KEBIDANAN

**KEBUTUHAN  
DASAR  
MANUSIA**

## DAFTAR ISI

<b>BAB IV: ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN PERSONAL HYGIENE</b>	<b>1</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Konsep Dasar Personal Hygiene</b>	<b>2</b>
Latihan .....	8
Ringkasan .....	9
Tes 1 .....	9
<b>Topik 2.</b>	
<b>Proses Keperawatan</b>	<b>11</b>
Latihan .....	14
Ringkasan .....	15
Tes 2 .....	15
<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF .....</b>	<b>17</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>18</b>
<b>BAB V: ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ELEMINSASI URINE</b>	<b>19</b>
<b>Topik 1. Konsep Dasar Eleminasi Urine .....</b>	<b>28</b>
Latihan.....	29
Ringkasan.....	29
Tes 1 .....	31
<b>Topik 2. Proses Keperawatan</b>	<b>33</b>
Latihan .....	33
Ringkasan.....	35
Tes 2 .....	38

<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF .....</b>	<b>38</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>39</b>
<b>BAB VI: ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ELEMENASI BOWEL</b>	<b>47</b>
<b>Topik 1.Konsep Dasar Eleminasi Fekal .....</b>	<b>49</b>
Latihan .....	48
Ringkasan .....	48
Tes 1 .....	49
<b>Topik 2.Proses Keperawatan</b>	<b>50</b>
Latihan .....	52
Ringkasan .....	53
Tes 2 .....	54
<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF .....</b>	<b>55</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>57</b>

## **BAB IV**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN PERSONAL HYGIENE**

### **PENDAHULUAN**

Salah satu tanda seseorang dikatakan sehat adalah adanya kemampuan orang tersebut melakukan aktivitas seperti bekerja, makan dan minum, personal hygiene, rekreasi dan lain lain. Jika seseorang sakit atau terjadi kelemahan fisik sehingga kemampuan aktivitas menurun. Seseorang tersebut biasanya terjadi masalah personal hygiene kurang mendapatkan perhatian, hal ini bisa berpengaruh pada masalah kesehatan seseorang. Akibat yang dapat di timbulkan jika personal hygiene tidak terpenuhi diantaranya adalah gangguan membrane mukosa mulut, integritas kulit, rabut, mata, kuku dan kelamin. Selain menimbulkan dampak fisik, gangguan personal hygiene dapat pula berdampak pada gangguan pemenuhan kebutuhan psikososial dan nyaman yang sudah dibahas pada Bab 1.

Bab ini terutama akan membahas tentang personal hygiene terlebih dahulu, dan anda akan mempelajari tentang konsep dasar personal hygiene dan asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene. Modul ini dikemas dalam dua kegiatan belajar yang bersifat hard skill tetapi juga soft skill. Dengan harapan peserta didik sebagai perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan pemenuhan kebutuhan gangguan personal hygiene.

Ada dua Topik yang akan diuraikan yaitu konsep dasar personal hygiene yang berisikan pengertian personal hygiene, tujuan personal hygiene, faktor yang mempengaruhi personal hygiene, macam dan prinsip personal hygiene dan proses keperawatan yang berisikan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan kriteria evaluasi.

Setelah mempelajari Bab ini, diharapkan mampu melaksanakan asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

Dalam mempelajari Bab ini peserta didik dianggap sudah menguasai proses keperawatan pada Bab I dan keterampilan dalam pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital yang sudah dipelajari pada Bab 2 dan 3.

## Topik 1

# Konsep Dasar Personal Hygiene

Saudara-saudara sekalian, agar anda dapat mencegah terjadinya masalah yang terjadi pada klien dengan personal hygiene yang tidak terpenuhi seperti kerusakan integritas kulit, gigi dan mukosa dan lain-lain. Klien tersebut dapat menimbulkan berbagai gangguan fisik dan psikologis. Sedangkan gangguan fisik dan psikologis mengurangi keindahan penampilan dan reaksi emosional. Dengan demikian peran perawat sangat dibutuhkan dalam melakukan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene terutama pada klien yang tidak mampu untuk memenuhi dan meningkatkan pengetahuannya.

Seseorang dalam kehidupan sehari-hari kebersihan merupakan hal yang sangat penting dan harus terpenuhi karena kebersihan akan mempengaruhi kesehatan dan psikologis. Aktivitas pemenuhan kebersihan sangat dipengaruhi budaya, sosial-ekonomi, status kesehatan, pengetahuan dan lain-lain.

Jika seseorang sakit, biasanya masalah kebersihan kurang mendapatkan perhatian. Hal ini bisa terjadi karena kita menganggap masalah kebersihan adalah masalah yang tidak penting, padahal masalah kebersihan apabila dibiarkan dapat mempengaruhi kesehatan secara umum.

Sehingga anda harus mempelajari dulu tentang konsep dasar personal hygiene dan memberikan asuhan keperawatan pada klien gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene untuk mencegah kerusakan membrane mukosa mulut, integritas kulit, rambut, mata, kuku dan kelamin.

### A. PENGERTIAN PERSONAL HYGIENE

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yang berarti *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Jadi personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka disebut hygiene perorangan.

Personal hygiene atau kebersihan diri adalah upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis.

### B. TUJUAN PERSONAL HYGIENE

Tujuan seseorang dalam melakukan perawatan personal hygiene meliputi:

1. meningkatkan derajat kesehatan.
2. rasa nyaman dan menciptakan keindahan.
3. mencegah penyakit pada diri sendiri maupun pada orang lain.
4. meningkatkan percaya diri.

### C. MANFAAT PEMERIKSAAN FISIK

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

1. Sebagai data untuk membantu perawat dalam menegakkan diagnose keperawatan.
2. Mengetahui masalah kesehatan yang di alami klien.
3. Sebagai dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat.
4. Sebagai data untuk mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan.

#### **Faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene klien meliputi:**

##### *a. Status kesehatan*

Seseorang dalam kondisi sakit atau cedera, sehingga memerlukan *bedrest*, apalagi dalam waktu lama, hal ini akan mempengaruhi kemampuan seseorang memenuhi kebutuhan personal hygiene dan tingkat kesehatan klien. Di sinilah peran perawatan untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene dan mencegah gangguan seperti kerusakan membrane mukosa, kulit dan lain lain.

##### *b. Budaya*

Sejumlah mitos berkembang di masyarakat menjelaskan bahwa seseorang yang dalam keadaan sakit tidak dimandikan, hal ini dikarenakan nanti penyakitnya tambah parah.

##### *c. Status sosial-ekonomi*

Seseorang dalam kegiatan pemenuhan personal hygiene yang baik memerlukan sarana dan prasarana, seperti kamar mandi, air cukup dan bersih, peralatan ( misalnya sabun, shampo, dan lain lain) (Nancy Roper, 2002). Hal ini membutuhkan biaya dan akan berpengaruh seseorang dalam memenuhi dan mempertahankan personal hygiene dengan baik.

##### *d. Tingkat pengetahuan dan perkembangan*

Kedewasaan seseorang berpengaruh pada kualitas hidup, salah satunya pengetahuan yang lebih baik. Pengetahuan itu penting untuk meningkatkan status kesehatan seseorang. Sebagai contoh, agar seseorang terhindar dari penyakit kulit, maka seseorang tersebut harus selalu menjaga kulit agar tetap bersih dengan mandi secara teratur dan menggunakan sabun dan air bersih.

##### *e. Cacat jasmani atau mental*

Seseorang dalam kondisi cacat jasmani atau mental akan menghambat kemampuan individu untuk melakukan perawatan pemenuhan kebutuhan diri sendiri.

##### *f. Praktek sosial*

Selama anak-anak mendapatkan praktek hygiene dari orang tua, sedangkan masa remaja lebih perhatian pada hygiene karena pengaruh teman atau pacar. Praktik hygiene lansia dapat berubah dikarenakan situasi kehidupan.



*g. Citra tubuh*

Penampilan umum klien dapat menggambarkan pentingnya hygiene pada orang tersebut. Jika seorang klien rapi sekali maka perawat mempertimbangkan ketika merencanakan perawatan dan akan berkonsultasi membuat keputusan dalam perawatan hygiene.

Contoh : klien yang telah mengalami pembedahan seperti kolostomi selalu memperhatikan penampilan stoma dan bau fekal, maka perawat membantu klien menjaga kebersihan area stoma dan mengurangi atau menghilangkan bau. Sebaliknya, klien yang tidak rapi atau tidak tertarik pada hygiene maka klien membutuhkan pendidikan pentingnya hygiene.

*h. Pilihan pribadi*

Setiap klien memiliki keinginan individu dan pilihan kapan untuk mandi, sikat gigi dan perawatan rambut, dan lain-lain. Klien memilih produk berbeda untuk perawatan hygiene dan bagaimana cara melakukan hygiene. Pilihan klien membantu perawat pengembangan rencana perawatan, hal ini tidak perlu mengubah pilihan, kecuali hal itu tidak mempengaruhi kesehatan. Misalnya, klien diabetes harus hati-hati menjaga kakinya bersih dan menghindari infeksi. Perawat harus menjelaskan kebutuhan perawatan kaki yang baik dan bahan yang digunakan.

Agar lebih jelas bagi peserta didik, berikut ini penjelasan tentang macam-macam personal hygiene sebagai berikut:

*a. Perawatan kulit*

Kulit merupakan organ aktif yang berfungsi sebagai, sekresi, ekskresi, pengatur temperatur, sensasi, dan kulit berfungsi juga sebagai pertukaran oksigen, nutrisi dan cairan dengan pembuluh di bawahnya, sintesa sel baru dan eliminasi sel mati.

Epidermis (lapisan luar) merupakan pelindung jaringan di bawahnya terhadap kehilangan cairan, cedera mekanis maupun kimia serta masuknya mikroorganisme penyakit. Seseorang harus menjaga kebersihan kulit karena sangatlah penting, kulit sebagai pintu masuk utama kuman pathogen ke dalam tubuh. Bakteri, umumnya tinggal pada permukaan luar kulit. Tempat tinggal bakteri misalnya korinebakterium merupakan flora normal yang tidak menyebabkan penyakit tapi menghalangi multiplikasi penyakit akibat mikroorganisme.

Dermis lapisan kulit yang lebih tebal terdiri dari jaringan ikat kolagen dan serabut saraf, pembuluh darah, kelenjar keringat, kelenjar sebacea, dan folikel rambut. Kelenjar sebacea mengeluarkan sebum, minyak, cairan odor ke dalam folikel rambut untuk minyak kulit dan rambut agar lemas dan liat. Ada dua tipe kelenjar keringat yaitu ekrin lebih banyak pada dahi, telapak tangan dan kaki, hal ini untuk membantu pengendalian temperatur melalui evaporasi, sedangkan kelenjar apokrin pada area aksila dan genital. Dekomposisi bakteri dari keringat dari kelenjar ini bertanggung jawab pada bau tubuh.

Sedangkan cara merawat kulit dengan melakukan mandi minimal 2 kali sehari setelah melakukan aktivitas, keadaan kulit kotor, menjalani operasi dan sebaiknya menggunakan sabun yang tidak iritatif atau sesuai kebiasaan.

Kulit seringkali merefleksikan perubahan pada kondisi fisik dengan perubahan pada warna, ketebalan, tekstur, turgor, temperatur, dan hidrasi, sedangkan selama kulit masih utuh dan sehat, fungsi fisiologis masih optimal.

Perawatan genitalia untuk mencegah dan mengontrol infeksi, mencegah kerusakan kulit dan meningkatkan kenyamanan, serta mempertahankan kebersihan diri (Potter & Perry, 2000). Perawatan dilakukan minimal dua kali sehari, lebih sering klien dengan infeksi genitalia atau wanita menstruasi.

Kaji perawatan hygiene:

- 1) Identifikasi klien terhadap toleransi prosedur hygiene, tipe perawatan yang diperlukan dan masalah kesehatan klien.
- 2) Selama membantu klien melakukan hygiene kaji seluruh permukaan kulit secara inspeksi dan palpasi, meliputi perubahan integumen, respon terapi,
- 3) Kaji fisik kulit
  - (a) Observasi kondisi kulit meliputi warna, tekstur, turgor, temperatur, dan hidrasi kulit.
  - (b) Masalah kulit seperti:
    - Kulit kering karena kebanyakan mandi, penggunaan sabun berlebihan atau sabun kasar dan alkalin, kulit maserasi, daerah kalus kaki, tangan.
    - Ruam kulit atau erupsi kulit dari reaksi alergi bisa datar, naik berupa lokal atau sistemik, pruritik atau nonpruritik.
    - Dermatitis kontak yaitu inflamasi ditandai dengan letusan eritema, pruritis, nyeri, bersisik.
    - Abrasi dan lesi kulit rusak, perdarahan, cairan
    - Dekubitus dampak dari imobilisasi lama, bagian badan tergantung, terpapar tekanan seperti gips, linen, matras.
- 4) Kaji kemampuan perawatan diri klien seperti klien tidak mampu merawat kulit maka perawat memberi bantuan atau mengajarkan pada keluarga, Kaji keseimbangan, toleransi, kekuatan otot, keadaan berbaring, kemampuan duduk, alat yang dibutuhkan, dan jarak rentang gerak pada ekstremitas klien.
- 5) Kaji masalah kesehatan klien seperti gangguan fungsi kognitif dan kondisi fisik.
- 6) Kaji penurunan sensasi.

Klien tidak mampu merasakan cedera permukaan kulit biasanya pada klien dengan paralisis, insufisiensi sirkulasi, kerusakan saraf.

*b. Perawatan Kaki dan Kuku*

Kaki dan kuku sering kali memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi, bau dan cedera pada jaringan. Kuku merupakan pelengkap kulit, tetapi bila tidak mendapatkan perawatan yang baik maka kuku bisa sebagai sarang penyakit.

Masalah yang dihasilkan karena perawatan yang salah atau kurang seperti menggigit kuku, memotong tidak tepat, pemaparan zat kimia yang tajam, dan pemakaian sepatu tidak pas. Ketidaknyamanan dan nyeri pada kaki dapat mengarah pada stres fisik dan emosional.

Sedangkan cara merawat kuku dengan menjaga kebersihan kotoran dibalik kuku dan memotongnya sesuai kebutuhan.

Pengkajian :

- 1) Lakukan inspeksi pada permukaan kulit : bentuk, ukuran, jumlah jari, bentuk kaki, dan kondisi kaki meliputi adanya luka, inflamasi, iritasi dan pecah-pecah
- 2) Amati jari kaki, secara normal adalah lurus, datar dan kaki harus dalam garis lurus dengan mata kaki dan tibia
- 3) Kaji cara berjalan, apa pincang atau tidak alami, rasa nyeri saat berjalan.
- 4) Kaji keadekuatan sirkulasi perifer pada kaki terutama klien dengan diabetes: dengan cara palpasi dari pedisidorsalis dan denyut tibial posterior.
- 5) Kaji adanya neuropati yaitu degerasi saraf perifer yang ditandai kehilangan sensasi dengan cara sentukan ringan, suhu atau tusukan.
- 6) Kaji kemampuan klien tentang perawatan kaki dan kuku.
- 7) Amati kuku: kuku sehat yaitu transparan, lembut dan alas jari pink dan ujung putih tembus cahaya, sedangkan pada lansia tebal dan kuning. Kulit sekitar kuku dan kutikula lembut dan tanpa inflamasi.
- 8) Kaji masalah umum pada kaki dan kuku seperti kalus (pengerasan), katimumul atau keratosis pada jari di atas tonjolan tulang bentuknya kerucut, bulat dan naik. Kutil (plantar wart) yaitu luka yang menjamur pada tumit kaki disebabkan virus papiloma. Infeksi jamur kaki ( tinea pedes ) biasanya antara jari dan tumit, keadaan melempuh, berair, hal ini biasanya disebabkan alas kaki yang ketat. Kuku yang tumbuh kedalam. Bau kaki, hal ini disebabkan keringat berlebih yang meningkatkan perkembangan mikroorganisme.

c. *Perawatan rambut.*

Rambut merupakan struktur kulit, rambut sehat terlihat mengkilat, tidak berminyak dan tidak kering atau tidak mudah patah, kondisi panas dan malnutrisi akan mengganggu pertumbuhan rambut. Bila rambut kotor dan tidak dibersihkan bisa menyebabkan ketombe dan sarang kutu.

Rambut klien imobilisasi akan terlihat menjadi kusut, Balutan yang bisa meninggal darah atau antiseptik bisa membuat rambut lengket. Klien juga harus diizinkan bercukur bila kondisi mengizinkan.

Pertumbuhan, distribusi, dan pola rambut dapat menjadi indikator status kesehatan umum. Perubahan hormonal, stres emosional atau fisik, penuaan, infeksi, penyakit, dan obat-obatan dapat mempengaruhi perubahan rambut.

Sedangkan cara merawat rambut antara lain, cuci rambut 1-2 kali seminggu (sesuai keadaan klien), dengan memakai shampo yang cocok, gunakan sisir besar untuk rambut keriting dan tidak bergigi tajam.

Pengkajian

- 1) Kaji kondisi rambut dan kulit kepala : rambut normal bersih, bercahaya, tidak kusut, kulit kepala bebas dari lesi.

- 2) Mengkaji masalah rambut: ketombe, kutu (pediculosis), kehilangan rambut, pembotakan (alopecia).
- 3) Mengkaji kemampuan perawatan diri klien untuk merawat rambut (kondisi penyakit klien merusak kemampuan klien dalam perawatan rambut).
- 4) Praktik perawatan rambut : dengan mengkaji gaya rambut perawat dapat mengatur pola rambut, produk perawatan, waktu perawatan.

*d. Perawatan gigi dan mulut*

Mulut merupakan rongga, merupakan sistem pencernaan dan bagian tambahan sistem pernafasan sehingga tidak bersih dan penuh dengan bakteri, maka harus dibersihkan.

Mulut terdiri dari bibir, gigi, lidah dan langit-langit. Mukosa mulut normal berwarna merah muda terang dan basah. Gigi normal terdiri dari tiga bagian, kepala, leher dan akar, sedangkan sehat tampak putih, halus, bercahaya, dan berjejer rapi.

Higiene mulut : membantu mempertahankan status kesehatan mulut, gigi, gusi dan bibir yang sehat menstimulasi nafsu makan. Sedangkan cara membersihkannya dengan menyikat gigi sesudah makan dan sebelum tidur, atau sesuai kebutuhan, dengan menggunakan sikat yang halus dan bulu banyak.

Tanggung jawab perawat pada higiene mulut adalah pemeliharaan dan pencegahan dengan cara mengajarkan teknik yang benar, memotivasi, perawat membuat rujukan, memberikan pendidikan dan membantu membersihkan gigi dan mulut.

*e. Perawatan mata.*

Secara normal tidak ada perawatan khusus yang diperlukan untuk mata karena secara terus-menerus dibersihkan air mata, dan kelopak mata dan bulu mata mencegah masuknya partikel asing. Seseorang hanya membersihkan kotoran mata dapat menempel pada sudut mata dan bulu mata, sehingga perlu menjaga kebersihan untuk mempertahankan kesehatan mata dan mencegah infeksi.

Klien yang tidak sadar berisiko cedera mata karena refleks kedipan tidak ada. Klien yang telah mengalami operasi mata atau infeksi menyebabkan peningkatan pengeluaran atau drainase.

Perawat sering membantu dalam perawatan kacamata, lensa kontak, atau mata buatan.

*f. Perawatan hidung*

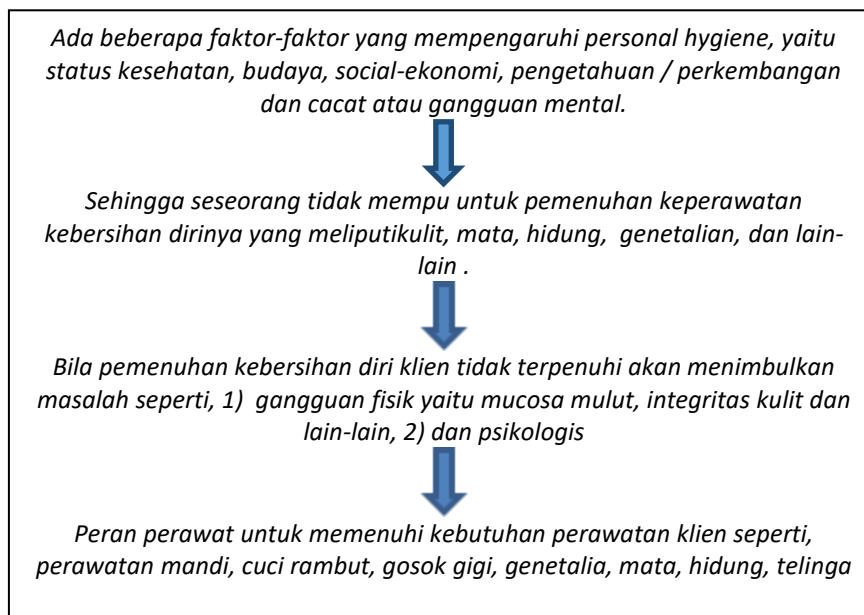
Hidung memberikan indera penciuman, pemantau temperatur, kelembaban udara serta mencegah masuknya partikel asing ke dalam sistem pernafasan. Akumulasi sekresi yang mengeras di dalam nares dapat merusak sensasi olfaktori dan pernafasan. Iritasi mukosa nasal menyebabkan pembengkakan, mengarah pada obstruksi nares.

Secara tipikal, perawatan higienis hidung adalah sederhana, tetapi untuk klien menggunakan nasogastrik, pemberian makan enteral, atau pipa endotrakhea yang masuk ke dalam membutuhkan perhatian khusus. Hidung terdiri dari mukosa hidung, maka harus dijaga agar tidak terjadi iritasi.

*g. Perawatan telinga*

Higiene telinga mempunyai implikasi untuk ketajaman pendengaran, bila substansi lilin atau benda asing berkumpul pada kanal telinga luar, yang mengganggu konduksi suara. Khususnya pada lansia rentan terkena masalah ini. Perawat harus sensitif pada isyarat perilaku apapun yang mengindikasikan kerusakan pendengaran.

Telinga harus dibersihkan bila ada kotoran yang menyumbat telinga, dengan mengeluarkan secara pelan. Ketika merawat klien yang menggunakan alat bantu pendengaran, perawat menginstruksikan klien pada pembersihan dan pemeliharaan yang tepat seperti teknik komunikasi yang meningkatkan pendengaran kata yang diucapkan.



Jika saudara sudah mengetahui konsep personal hygiene dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta macam dan prinsip perawatan personal hygiene, maka saudara pasti tidak kesulitan untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan personal hygiene dengan tahap-tahap sebagai berikut : 1) pengkajian, 2) merumuskan diagnosa, 3) menyusun rencana, 4) mencegah dan memperbaiki struktur tubuh (dipelajari pada Bab 4), dan menyusun kriteria evaluasi.

## Latihan

Anda ditugaskan merawat seorang wanita berusia 80 tahun karena kecelakaan, dan klien tersebut harus *bedrest* yang cukup lama dan klien mengalami luka pada daerah punggung. Masalah apa yang terjadi pada klien yang berhubungan dengan personal hygiene tersebut. Identifikasi faktor-faktor yang perawat perlu lakukan untuk pertimbangan saat merencanakan perawatan personal hygiene klien tersebut. Informasi tambahan apakah yang akan anda perlukan sebelum melakukan tindakan keperawatan?

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Dekubitus dampak dari imobilisasi lama yang disebabkan terpapar tekanan oleh linen atau matras.
- 2) Kaji masalah kesehatan klien seperti gangguan fungsi kognitif dan kondisi fisik.
- 3) Kaji kemampuan perawatan diri klien seperti klien tidak mampu merawat kulit maka perawat memberi bantuan atau mengajarkan pada keluarga, Kaji keseimbangan, toleransi, kekuatan otot, keadaan berbaring, kemampuan duduk, alat yang dibutuhkan, dan jarak rentang gerak pada ekstremitas klien.

## **Ringkasan**

Hygiene adalah masalah pribadi, dan perawat mempertimbangkan semua faktor yang mempengaruhi rutinitas hygiene perseorangan mereka pada lingkungan kesehatan maupun lingkungan rumah, Tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene, yaitu status kesehatan, budaya, sosial-ekonomi, pengetahuan/perkembangan dan cacat atau gangguan mental. Personal hygiene meliputi kebersihan tubuh seseorang secara menyeluruh yaitu personal hygiene rambut, mulut, kulit, mata, hidung, telinga, dan genitalia.

Jika seseorang sakit, biasanya masalah kebersihan kurang diperhatikan. Akibatnya yang dapat timbul jika personal hygiene tidak teratasi di antaranya adalah gangguan membrane mukosa mulut, gatal gatal, dan infeksi di beberapa bagian tubuh, serta gangguan integritas kulit dan gangguan fisik pada kuku. Selain dapat menimbulkan dampak fisik yang sudah disebut di atas, gangguan personal hygiene dapat pula menimbulkan dampak psikososial. Di antaranya adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman kebutuhan harga diri.

## **Tes 1**

Seorang perempuan, berumur 60 tahun dirawat di ruang perawatan penyakit dalam sudah 1 bulan, karena menderita perdarahan otak (*stroke*). Perempuan tersebut tidak sadar diri (*coma*). Karena kondisinya segala aktivitas perempuan tersebut seperti perawatan mandi dibantu perawat.

- 1) Tujuan utama perawat membantu perawatan mandi pada klien dengan keadaan koma adalah ....
  - A. Memelihara kebersihan klien
  - B. Memberikan rasa aman
  - C. Meningkatkan percaya diri klien
  - D. Meningkatkan psikologis klien

- 2) Penyebab perempuan tersebut tidak mampu melakukan personal hygiene adalah ....
  - A. Sosial-ekonomi klien
  - B. Status kesehatan klien
  - C. Budaya klien
  - D. Pengetahuan klien
  
- 3) Tanda-tanda terjadinya gangguan integritas kulit pada klien tersebut adalah ....
  - A. Pruritus
  - B. Keadaan kotor
  - C. Atropi
  - D. Kontraktur
  
- 4) Immobilisasi yang lama pada klien dapat mengakibatkan kerusakan integritas pada kulit seperti
  - A. Dekubitus
  - B. Kontraktur
  - C. Atropi
  - D. Infeksi
  
- 5) Masalah personal hygiene pada klien dengan keadaan tidak sadar (koma) adalah gangguan kebutuhan ....
  - A. nutrisi
  - B. kebersihan mulut
  - C. eliminasi
  - D. rasa nyaman

## Topik 2

### Proses Keperawatan

#### A. PENGKAJIAN

Dalam melakukan pengkajian harus menggerakkan semua indra dan tenaga untuk melakukan pengkajian secara cermat baik melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik untuk menggali data yang akurat meliputi:

##### 1. Riwayat Keperawatan

Tanyakan tentang pola kebersihan individu sehari-hari, sarana dan prasarana yang dimiliki, serta faktor-faktor yang mempengaruhi hygiene personal individu baik faktor pendukung maupun faktor pencetus.

##### 2. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik, kaji hygiene personal individu, mulai dari ekstremitas atas sampai bawah.

- a. Rambut. Amati kondisi rambut (warna, tekstur, kuantitas), apakah tampak kusam? Apakah ditemukan kerontokan?
- b. Kepala. Amati dengan seksama kebersihan kulit kepala. Perhatikan adanya ketombe, kebotakan, atau tanda-tanda kemerahan.
- c. Mata. Amati adanya tanda-tanda ikterus, konjungtiva pucat, secret pada kelopak mata, kemerahan atau gatal-gatal pada mata.
- d. Hidung. Amati kondisi kebersihan hidung, kaji adanya sinusitis, pendarahan hidung, tanda-tanda pilek yang tidak kunjung sembuh, tanda-tanda alergi atau perubahan pada daya penciuman.
- e. Mulut. Amati kondisi mukosa mulut dan kaji kelembabannya. Perhatikan adanya lesi, tanda-tanda radang gusi/sariawan, kekeringan, atau pecah-pecah.
- f. Gigi. Amati kondisi dan kebersihan gigi. Perhatikan adanya tanda-tanda karang gigi, karies, gigi pecah-pecah, tidak lengkap, atau gigi palsu.
- g. Telinga. Amati kondisi dan kebersihan telinga. Perhatikan adanya serumen atau kotoran pada telinga, lesi, infeksi, atau perubahan daya pendengaran.
- h. Kulit. Amati kondisi kulit (tekstur, turgor, kelembaban) dan kebersihannya. Perhatikan adanya perubahan warna kulit, stria, kulit keriput, lesi, atau pruritus.
- i. Kuku tangan dan kaki. Amati bentuk dan kebersihan kuku. Perhatikan adanya kelainan atau luka.
- i. Genetalia. Amati kondisi dan kebersihan genetalia berikut area perineum. Perhatikan pola pertumbuhan rambut pubis. Pada laki-laki, perhatikan kondisi skrotum dan testisnya.



- j. Higiene personal secara umum. Amati kondisi dan kebersihan kulit secara umum. Perhatikan adanya kelainan pada kulit dan bentuk tubuh.

## **B. PENETAPAN DIAGNOSIS**

Menurut NANDA (2015), diagnosis keperawatan umum untuk klien dengan masalah perawatan higiene adalah pada defisit perawatan diri. Lebih lanjut, diagnosis tersebut terbagi menjadi empat (Kozier, 2004), yaitu: 1) defisit perawatan diri: makan, 2) defisit perawatan diri: mandi/hygiene, 3) defisit perawatan diri: berpakaian/berhias, dan 4) defisit perawatan diri: eliminasi. Sedang masalah secara umum pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan kebersihan diri adalah sebagai berikut:

### **1. Risiko Kerusakan Integritas Kulit**

Definisi: keadaan di mana kulit seorang tidak utuh.

Kemungkinan berhubungan dengan: bagian tubuh yang lama tertekan, imobilisasi, terpapar zat kimia.

Kemungkinan data yang ditemukan: kerusakan jaringan kulit, gangren, dekubitus, kelemahan fisik.

Kondisi klinis kemungkinan terjadi : stroke, fraktur femur, koma, trauma medulla spinalis.

Tujuan yang diharapkan: 1) Pola kebersihan diri pasien normal dan kulit utuh, 2) Keadaan kulit, rambut kepala bersih, 3) Klien bebas bau badan, 4) Klien dapat mandiri dalam kebersihan diri sendiri.

### *Intervensi*

<b>INTERVENSI</b>	<b>RASIONAL</b>
1. Kaji kembali pola kebutuhan personal hygiene pasien	1. Data dasar dalam melakukan intervensi
2. Kaji keadaan luka pasien	2. Menentukan intervensi lebih lanjut
3. Jaga kulit agar tetap utuh dan kebersihan kulit pasien dengan cara membantu mandi pasien	3. Menghindari risiko infeksi kulit
4. Jaga kebersihan tempat tidur, selimut bersih dan kencang	4. Mengurangi tekanan dan menghindari luka dekubitus
5. Lakukan perawatan luka dengan teknik steril sesuai program	5. Penyembuhan luka
6. Observasi tanda-tanda infeksi	6. Mencegah infeksi secara dini
7. Lakukan pijat pada kulit dan lakukan perubahan posisi setiap 2 jam	7. Mencegah dekubitus
8. Ubah posisi secara teratur (minimal setiap 2 jam)	8. Tekanan lama lebih besar berisiko kerusakan kulit
9. Keringkan kulit, setelah itu gunakan losion setelah mandi	9. Emolien menghaluskan dan mencegah kehilangan kelembaban

**2. Gangguan Membrane Mukosa Mulut**

Definisi: kondisi dimana mukosa mulut pasien mengalami luka.

Kemungkinan berhubungan dengan: trauma oral, pembatasan intake cairan, pemberian kemoterapi dan radiasi pada kepala dan leher.

Kemungkinan data yang ditemukan: iritasi/luka pada mukosa mulut, peradangan/infeksi, kesulitan dalam makan dan menelan, dan keadaan mulut yang kotor.

Kondisi klinis kemungkinan terjadi : stroke, stomatitis, koma.

Tujuan yang diharapkan: 1) Keadaan mukosa mulut, lidah dalam keadaan utuh, warna merah muda, 2) Inflamasi tidak terjadi, 3) Klien mengatakan rasa nyaman, 4) Keadaan mulut bersih.

*Intervensi*

INTERVENSI	RASIONAL
1. Kaji kembali pola kebersihan mulut	5. Data dasar dalam melakukan intervensi
2. Lakukan kebersihan mulut sesudah makan dan sebelum tidur	2. Membersihkan kotoran dan mencegah karang gigi
3. Gunakan sikat gigi yang lembut	3. Mencegah pendarahan
4. Gunakan larutan garam/baking soda dan kemudian bilas dengan air bersih	4. Larutan garam/soda membantu melembabkan mukosa, meningkatkan granulasi, dan menekan bakteri
5. Lakukan pendidikan kesehatan tentang kebersihan mulut	5. Mencegah gangguan mukosa
6. Laksanakan program terapi medis	6. Membantu menyembuhkan luka/infeksi

**3. Defisit perawatan diri/kebersihan diri**

Definisi: kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya, kemungkinan berhubungan dengan: kelelahan fisik, penurunan kesadaran, kemungkinan data yang ditemukan: badan kotor dan berbau, rambut kotor, kuku panjang dan kotor, bau mulut dan kotor.

Kondisi klinis kemungkinan terjadi : stroke, fraktur, koma.

Tujuan yang diharapkan: 1) Kebersihan diri sesuai pola, 2) Keadaan badan, mulut, rambut, dan kuku bersih, 3) Pasien merasa nyaman.

*Intervensi*

INTERVENSI	RASIONAL
1. Kaji kembali pola kebersihan diri	1. Data dasar dalam melakukan intervensi
2. Bantu klien dalam membersihkan badan, mulut, rambut, dan kuku	2. Mempertahankan rasa nyaman
3. Lakukan pendidikan kesehatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pentingnya kebersihan diri</li> <li>• Pola kebersihan diri</li> <li>• Cara kebersihan</li> </ul>	3. Meningkatkan pengetahuan dan membuat klien lebih kooperatif

### C. IMPLEMENTASI

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah di susun.

### D. KRITERIA EVALUASI

1. Mendemonstrasikan cara memenuhi personal hygiene ( bila sadar dan cara memilih alat dalam memenuhi personal hygiene.
2. Pemenuhan kebersihan diri klien dan respon nyaman klien.

## Latihan

Tn. Budi adalah seseorang umur 60 tahun, dengan post stroke dan mengalami kelumpuhan, sehingga kebutuhan pemenuhan kebutuhan persinal hygiene selalu di atas tempat tidur. Tn. Budi mengalami dikubitus dan anda ditugaskan untuk melakukan perawatan.

- 1) Uraikan pengkajian perawat dari praktek keperawatan diri Tuan Budi?
- 2) Kemungkinan masalah apa yang terjadi pada kulit pada pria tersebut di atas ?
- 3) Apa yang menyebabkan terjadinya dikubitus Tn Budi ?
- 4) Rencana apa saudara rancang untuk menjaga kulit dalam periode imobilisasi.

#### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Kaji penurunan sensasi  
Klien tidak mampu merasakan cedera permukaan kulit biasanya pada klien dengan paralisis, insufisiensi sirkulasi, kerusakan saraf.
- 2) Kerusakan integritas kulit : Definisi: keadaan di mana kulit seorang tidak utuh,.
- 3) Kemungkinan berhubungan dengan: bagian tubuh yang lama tertekan, dan imobilisasi yang lama.
- 4) Rencana keperawatan yang akan dikakukan perawat:
  - Kaji kembali pola kebutuhan personal hygiene pasien.
  - Kaji keadaan luka pasien.
  - Jaga kulit agar tetap utuh dan kebersihan kulit pasien dengan cara membantu mandi pasien.
  - Jaga kebersihan tempat tidur, selimut bersih dan kencang.
  - Lakukan perawatan luka dengan teknik steril sesuai program.
  - Observasi tanda-tanda infeksi.
  - Lakukan pijat pada kulit dan lakukan perubahan posisi setiap 2 jam.
  - Ubah posisi secara teratur (minimal setiap 2 jam).
  - Keringkan kulit, setelah itu gunakan losion setelah mandi.

## Ringkasan

Personal Hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Personal hygiene meliputi kebersihan tubuh seseorang secara menyeluruh yaitu personal hygiene rambut, mulut, kulit, mata, hidung, telinga, dan genitalia. Personal hygiene, sangat berpengaruh terhadap kesehatan seseorang. Jika seseorang sakit, biasanya masalah kebersihan kurang diperhatikan. Akibatnya yang dapat timbul jika personal hygiene tidak teratasi diantaranya adalah gangguan membrane mukosa mulut, gatal gatal, dan infeksi di beberapa bagian tubuh, serta gangguan integritas kulit dan gangguan fisik pada kuku. Selain dapat menimbulkan dampak fisik yang sudah disebut di atas, gangguan personal hygiene dapat pula menimbulkan dampak psikososial. Diantaranya adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman kebutuhan harga diri.

Perawat menerima tanggungjawab untuk memberikan kebutuhan hygiene klien sehari-hari jika mereka tidak mampu merawat dirinya sendiri dengan cukup. Pemberian perawatan hygiene klien memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengkaji semua permukaan tubuh luar dan emosional klien.

Perawat harus memberikan penghargaan kepada klien selama prosedur hygiene dan harus menghargai pilihan dalam menyusun rencana hygiene yang akan dilakukan.

Peran perawat dalam mengatasi kurangnya pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada klien diantaranya adalah mempertahankan kebersihan klien dalam hal membersihkan bagian bagian tubuhnya mencegah komplikasi atau timbulnya masalah lain akibat gangguan personal hygiene klien dan memberi dukungan.

## Tes 2

- 1) Pengkajian kulit yang harus diperhatikan saat perawat membantu klien mandi adalah ....
  - A. Botak, ketombe, berketu
  - B. Warna kulit, lesi, pruritus
  - C. Keadaan mukosa. getah, ikterik
  - D. Bentuk, ikterik, mukosa
  
- 2) Masalah yang kemungkinan terjadi bila pemenuhan kebutuhan mandi klien tidak dilakukan secara baik oleh perawat adalah ....
  - A. Gangguan rasa aman
  - B. Kurangnya perawatan diri
  - C. Gangguan membran mukosa mulut
  - D. Gangguan integritas kulit

- 3) Faktor yang mempengaruhi personal hygiene tidak terpenuhi klien adalah ....
  - A. Kelumpuhan
  - B. Cancer
  - C. Fraktur
  - D. Atropi
  
- 4) Intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit adalah ....
  - A. Lakukan perawatan luka
  - B. Monitor tanda-tanda vital
  - C. Lakukan perbaikan nutrisi
  - D. Jaga intake-output
  
- 5) Melakukan perubahan posisi setiap 2 jam pada klien dengan gangguan integritas kulit, rasionalnya adalah ....
  - A. Memberikan rasa nyaman
  - B. Menghindari hipoksia jaringan
  - C. Memperlambat peredaran darah
  - D. Mencegah terjadinya infeksi
  
- 6) Setelah perawat melakukan perawatan luka pada klien dengan dekubitus, kriteria hasil yang harus dievaluasi adalah ....
  - A. Keadaan luka kulit bersih
  - B. Mencegah infeksi
  - C. Kebersihan diri klien normal
  - D. Mencegah komplikasi

### **TUGAS PRAKTIKUM :**

Prosedur tindakan pemenuhan kebutuhan personal hygiene

## Kunci Jawaban Tes

### Tes 1

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

### Tes 2

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

### Penjelasan Tes 1

- 1) Personal Hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis.
- 2) Seseorang dalam kondisi sakit (tidak sadar), hal ini akan mempengaruhi kemampuan seseorang memenuhi kebutuhan personal hygiene dan tingkat kesehatan klien.
- 3) Inflamasi ditandai dengan letusan eritema, pruritis, nyeri, bersisik.
- 4) Dekubitus dampak dari imobilisasi lama, bagian badan tergantung, terpapar tekanan seperti gips, linen, matras.
- 5) Seseorang dalam kondisi sakit (tidak sadar), hal ini akan mempengaruhi kemampuan seseorang memenuhi kebutuhan personal hygiene dan tingkat kesehatan klien.

### Penjelasan Tes 2

- 1) Perhatikan adanya perubahan warna kulit, stria, kulit keriput, lesi, atau pruritus
- 2) Bagian tubuh yang lama tertekan dan imobilisasi dalam waktu yang lama (kelumpuhan) akan berdampak pada gangguan integritas kulit
- 3) Faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene seseorang tidak terpenuhi adalah status kesehatan (koma)
- 4) Perawatan luka dengan teknik steril sesuai program akan mempercepat proses penyembuhan
- 5) Tekanan lama lebih besar berisiko kerusakan kulit atau keserakan kulit tambah parah
- 6) Luka bersih adanya perubahan kearah lebih baik

## 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.
- Azis Alimun. 2006, *Kebutuhan Dasar Manusia I*, Jakarta: Salemba Medika.
- Elkin, et al. 2000., *Nursing Intervention and Clinical Skills*, Aecond ed.
- Kozier, B. 1995, *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice*, Ethics and Values, California, Addison Wesley.
- North American Nursing Association (NANDA). 2015, *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017*, Wisconsin, Wiley Blackwell.
- Perry,at al. 2005, *Keterampilan dan Prosedur Dasar, Kedokteran*, Jakarta: EGC.
- Potter, P. 1998, *Fundamental of Nursing*, Philadelphia: Lippincott.
- 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.
- Wahid,IM dan Nuruk, C. 2008, *Kebutuhan Dasar Manusia, Teori dan Aplikasi Dalam Praktek*, Jakarta: Salemba Medika.

## **BAB V**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ELEMINSASI URINE**

### **PENDAHULUAN**

Eliminasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang esensial dan berperan penting untuk kelangsungan hidup manusia. Eliminasi dibutuhkan untuk mempertahankan dalam keseimbangan fisiologis melalui pembuangan sisa-sisa metabolisme. Sisa metabolisme berupa eliminasi urine dari saluran perkemihan berupa urine disebut eliminasi urine/buang air kecil (BAK), hal ini bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Eliminasi merupakan aktivitas pokok yang harus dilakukan setiap manusia dan harus terpenuhi, bila tidak terpenuhi akan menjadi berbagai macam gangguan yang berdampak pada gangguan sistem pencernaan dan sistem perkemihan Bab ini terutama ditujukan untuk pendidikan jarak jauh pendidikan tinggi kesehatan perawat.

Topik ini merupakan tuntunan dan landasan bagi peserta didik berfungsi sebagai pengantar untuk dapat mencapai kompetensi pada mata ajar Kebutuhan Dasar Manusia I. Dengan harapan peserta didik sebagai perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine.

Pembelajaran pada Bab 5 ini membahas tentang kebutuhan eliminasi urine terlebih dahulu, dan anda akan mempelajari tentang konsep dasar eliminasi urine dan asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan urine. Bab ini dikemas dalam dua kegiatan belajar yang bersifat *hard skill*, tetapi juga *soft skill*. Penggunaan Bab 5 ini, peserta didik dianggap sudah menguasai proses keperawatan dan keterampilan seperti pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital yang sudah dipelajari pada Bab 1, 2 dan 3.

Untuk mengetahui lebih lanjut tentang asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine, maka pada Bab 5 ini ada dua kegiatan belajar yang akan diuraikan dalam urutan sebagai berikut.

Topik 1 akan berisikan konsep dasar eliminasi urine yang terdiri dari (1) pengertian, (2) review anatomi fisiologi sistem perkemihan, (3) karakteristik eliminasi normal, (4) faktor pengaruh kebiasaan berkemih, (5) perubahan eliminasi urine, dan (6) perubahan eliminasi. Sedangkan Topik 2 berisikan proses keperawatan: (1) pengkajian, (2) diagnosa keperawatan, (3) intervensi, (4) implementasi, dan (5) kriteria evaluasi.

Setelah mempelajari Bab ini Anda diharapkan mampu melaksanakan asuhan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan eliminasi urine Untuk mencapai kompetensi umum tersebut, sebelumnya secara khusus Anda diharapkan dapat menjelaskan pada Topik 1 tentang konsep dasar eliminasi urine yang meliputi (1) menjelaskan pengertian, (2) menjelaskan anatomi fisiologi sistem perkemihan, (3) mengidentifikasi



## ✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

eliminasi normal, dan (4) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan berkemih. Pada Topik 2 peserta didik diharapkan mampu melakukan analisis asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine: (1) melakukan pengkajian dengan gangguan eliminasi urine, (2) menyusun perencanaan dengan gangguan eliminasi urine, (3) merumuskan diagnosa keperawatan dengan gangguan eliminasi urine, (4) melaksanakan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urine, (5) melakukan evaluasi pada gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine.

Dengan harapan Anda sebagai perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan untuk membantu klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine seperti inkontinensia urine, retensio urine dan enuresis, dan lain-lain.

## Topik 1

### Konsep Dasar Eleminasi Urine

Eleminasi atau pembuangan normal urine merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi yang sering dianggap enting oleh kebanyakan orang. Pada sistem perkemihan yang tidak berfungsi dengan baik, hal ini bisa mengganggu sistem organ yang lainnya. Seseorang yang mengalami perubahan eleminasi dapat menderita secara fisik dan psikologis. Anda sebagai perawat harus memahami dan menunjukkan sikap peka terhadap kebutuhan klien akan eleminasi urine, serta memahami penyebab terjadinya masalah dan berusaha memberikan bantuan untuk penyelesaian masalah yang bisa diterima.

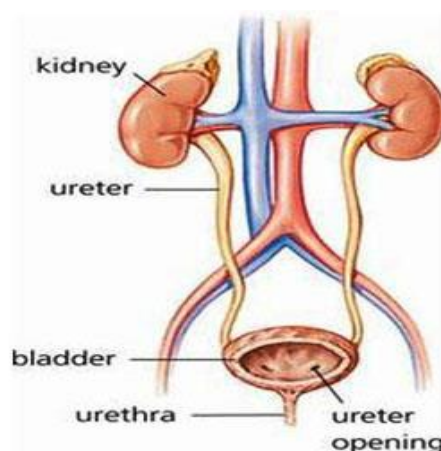
Saudara-saudara sekalian, agar Anda dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eleminasi fekal, sebelumnya Anda harus mempelajari dulu tentang konsep dasar eleminasi urine (1) menjelaskan pengertian, (2) menjelaskan anatomi fisiologi sistem perkemihan, (3) mengidentifikasi eleminasi normal, dan (4) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan berkemih.

#### A. PENGERTIAN

Eleminasi atau pembuangan urine normal adalah proses pengosongan kandung kemih bila kandung kemih terisi.

#### B. ANATOMI DAN FISILOGI ELEMINASI URINE

Proses pengeluaran ini sangat bergantung pada fungsi-fungsi organ eleminasi seperti ginjal, ureter, kandung kemih atau *bladder* dan uretra. Ginjal memindahkan air dari darah dalam bentuk urine kemudian masuk ke ureter lalu mengalir ke bladder. Dalam bladder urine ditampung sampai mencapai batas tertentu atau sampai timbul keinginan berkemih, yang kemudian dikeluarkan melalui uretra. (lihat Gambar 5.1).



Gambar 5.1. Sistem perkemihan

### **C. GINJAL (*KINDEY*)**

Tahukah Anda bahwa ginjal bentuknya seperti kacang, terdiri dari 2 bagian kanan dan kiri. Produk buangan (limbah) hasil metabolisme yang terkumpul dalam darah melewati arteri renalis kemudian difiltrasi di ginjal. Sekitar 20 % - 25 % curah jantung bersirkulasi setiap hari melalui ginjal. Setiap 1 ginjal mengandung 1-4 juta nefron yang merupakan unit pembentukan urine di Glomerulus. Kapiler glomerulus memiliki pori-pori sehingga dapat memfiltrasi air dan substansi seperti glukosa, asam-amino, urea, kreatinin dan elektrolit. Kondisi normal, protein ukuran besar dan sel-sel darah tidak difiltrasi. Bila urine terdapat protein (proteinuria), hal ini bertanda adanya cedera pada glomerulus. Rata-rata Glomerular Filtrasi Rate (GFR) normal pada orang dewasa 125 ml permenit atau 180 liter per 24 jam. Sekitar 99 % filtrat direabsorpsi seperti ke dalam plasma, sedang 1 % di ekskresikan seperti ion hidrogen, kalium dan amonia sebagai urine.

### **D. URETER**

Setelah urine terbentuk kemudian akan dialirkan ke pelvis ginjal ke bladder melalui ureter. Panjang ureter dewasa 25-30 cm dan berdiameter 1.25 cm. Dinding ureter dibentuk dari 3 lapisan, yaitu lapisan dalam membran mukosa, lapisan tengah otot polos yang mentransfor urine melalui ureter dengan gerakan peristaltik yang distimulasi oleh distensi urine dikandung kemih, lapisan luar jaringan fibrosa menyokong ureter. Adanya obstruksi di ureter atau batu ginjal, menimbulkan gerakan peristaltik yang kuat sehingga mencoba mendorong dalam kandung kemih, hal ini menimbulkan nyeri yang sering disebut kolik ginjal.

### **E. KANDUNG KEMIH (*BLADDER*)**

Kandung kemih tempat penampung 400- 600 ml, namun keinginan berkemih dirasakan pada saat kandung kemih terisi urine pada orang dewasa 150 walaupun pengeluaran urine normal 300 ml urine, letaknya di dasar panggul terdiri otot yang dapat mengecil seperti balon. Dalam keadaan penuh kandung kemih membesar terdiri 2 bagian fundus dan bagian leher terdapat spinter interna dikontrol saraf otonom oleh sakral 2 dan 3.

Pada orang dewasa normal jumlah urine 1,2 – 1,5 liter perhari atau 50 ml/jam selebihnya seperti air, elektrolit dan glukosa diabsorpsi kembali. Komposisi urine 95 % air, dan 5 % elektrolit dan zat organik.

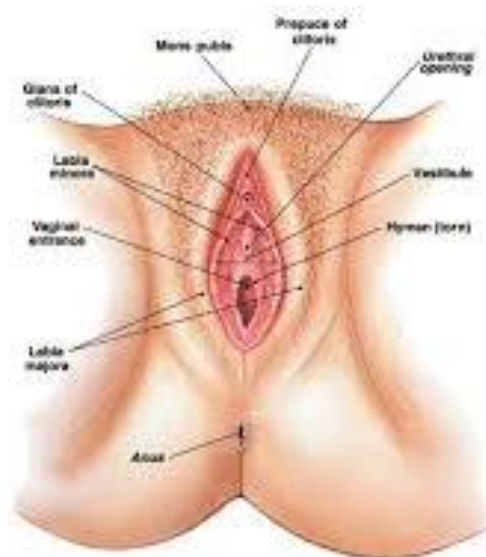
Pengeluaran urine seseorang tergantung pada intake cairan, faktor sirkulasi penyakit metabolic seperti diabetes, glomerulonefritis dan penggunaan obat-obatan diuretic. Bila pengeluaran urine kurang dari 30 ml/menit sedangkan masukan cairan cukup, hal ini kemungkinan gagal ginjal.

## F. URETRA (*URETHRA*)

Uretra merupakan saluran pembuangan urin keluar dari tubuh, kontrol pengeluaran pada spinter eksterna yang dapat dikendalikan oleh kesadaran kita. Dalam kondisi normal, aliran urine yang mengalami turbulansi membuat urine bebas dari bakteri, karena membran mukosa melapisi uretra mensekresi lendir bersifat bakteristatis dan membentuk plak mukosa mencegah masuknya bakteri.

Tahukah anda panjang uretra wanita lebih pendek 4 – 6.5 cm, sehingga menjadi faktor predisposisi infeksi saluran kemih, sedangkan pria panjangnya 20 cm.

Pada wanita, meatus urinarius (lubang) terletak diantara labia minora, diatas vagina dan dibawah klitoris. Pada pria, meatus terletak pada ujung distal penis (lihat Gambar 5.2).

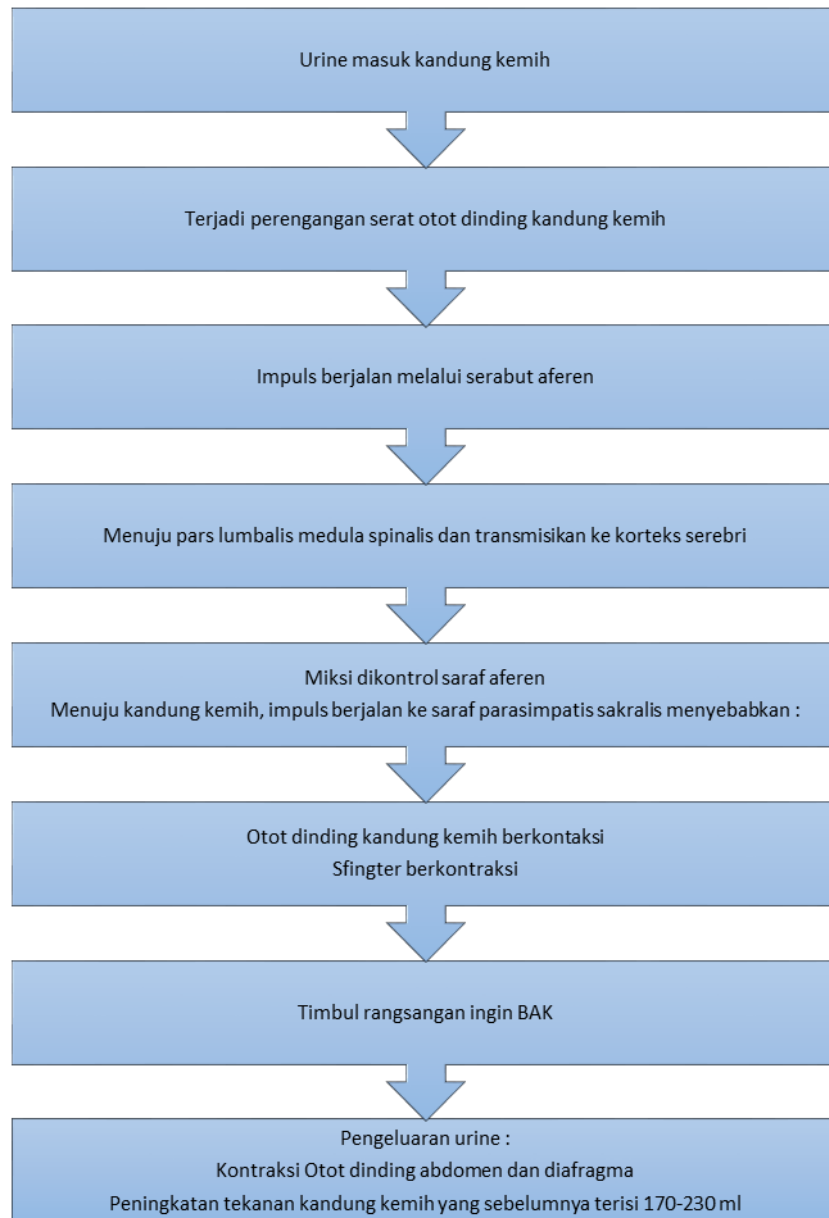


Gambar 5.2. Uretra

## G. FISIOLOGI BERKEMIH

Fisiologi berkemih secara umum menurut Gibson (2003) dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

## ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ■



Proses kejadian eliminasi urine ada dua langkah utama: Pertama, bila kandung kemih saudara secara progresif terisi sampai tegangan di dindingnya meningkat diatas nilai ambang dikirim ke medulla spinalis diteruskan ke pusat miksi pada susunan saraf pusat. Kedua, pusat miksi mengirim sinyal ke otot kandung kemih (*destrusor*), maka spinter eksterna relaksasi berusaha mengosongkan kandung kemih, sebaliknya bila memilih tidak berkemih spinter eksterna berkontraksi. Kerusakan pada medulla spinalis menyebabkan hilangnya kontrol volunter berkemih, tetapi jalur refleks berkemih dapat tetap sehingga terjadinya berkemih secara tetap, maka kondisi ini disebut refleks kandung kemih.

Apa yang harus diketahui tentang eliminasi urine normal ?

### **1. Pola Eleminasi Urine Normal**

Seseorang berkemih sangat tergantung pada individu dan jumlah cairan yang masuk, Orang-orang biasanya berkemih : pertama kali pada waktu bangun tidur, setelah berkerja dan makan.

### **2. Frekuensi**

Normalnya miksi dalam sehari sekitar 5 kali. Frekuensi untuk berkemih tergantung kebiasaan dan kesempatan. Banyak orang berkemih kira-kira 70% dari urine setiap hari pada waktu bangun tidur dan tidak memerlukan waktu untuk berkemih pada malam hari. Orang-orang biasanya berkemih: pertama kali pada waktu bangun tidur, sebelum tidur dan berkisar waktu makan.

### **3. Karakteristik Urine normal**

Untuk mengetahui warna urine normal adalah kuning terang. disebabkan adanya pigmen orochrome, juga tergantung intake cairan. Seseorang dalam keadaan dehidrasi maka konsentrasi urine menjadi lebih pekat dan kecoklatan, penggunaan obat-obatan tertentu seperti multivitamin dan preparat besi menyebabkan warna urine menjadi kemerahan sampai kehitaman.

Bau urine normal adalah bau khas amoniak. merupakan hasil pecahan urea oleh bakteri. Pemberian pengobatan akan mempengaruhi bau urine.

Jumlah urine yang dikeluarkan tergantung pada usia, intake cairan dan status kesehatan. Pada orang dewasa jumlah urine yang dikeluarkan sekitar 1.200 – 1.500 atau 150 sampai 600 ml / sekali miksi. Berat jenis plasma (tanpa protein) berkisar 1,015 -1,020. Berat jenis plasma (tanpa protein) berkisar 1,015 -1,020.

Peran perawat jika menemukan data klien dewasa dengan volume urine dibawah 500 ml atau diatas 300 ml dalam periode 24 jam, warna, bau obnormal dan berat jenis diatas normal maka perlu perhatian khusus pada klien tersebut bila perlu perawat melapor.

## **H. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBIASAAN BERKEMIH**

### **1. Pertumbuhan dan Perkembangan**

Usia seseorang dan berat badan dapat mempengaruhi jumlah pengeluaran urine. Normalnya bayi-anak ekskresi urine 400-500 ml/hari, orang dewasa 1500-1600ml.

Contoh: pada bayi-anak berat badan 10 % orang dewasa mampu ekskresi 33% lebih banyak dari orang dewasa, usia lanjut volume bladder berkurang sehingga sering mengalami nokturia dan frekuensi berkemih meningkat, demikian juga wanita hamil juga akan lebih sering berkemih karena kandung kemih ditekan bagian terendah janin.

## **2. Sosiokultural**

Budaya masyarakat di mana sebagian masyarakat hanya dapat miksi pada tempat tertutup dan sebaliknya ada masyarakat yang dapat miksi pada lokasi terbuka.

Contoh: masyarakat kita kebanyakan berkemih di kamar mandi (dalam keadaan tertutup) atau lokasi terbuka, sedangkan pada orang dalam kondisi sakit harus miksi diatas tempat tidur, hal ini membuat seseorang kadang menahan miksinya.

## **3. Psikologis**

Pada keadaan cemas dan stress akan meninggalkan stimulasi berkemih, sebagai upaya kompensasi.

Contoh: seseorang yang cemas dan stress maka mereka akan sering buang air kecil.

## **4. Kebiasaan atau Gaya Hidup Seseorang**

Gaya hidup ada kaitannya dengan kebiasaan seseorang berkemih.

Contoh: seseorang yang biasa berkemih di toilet atau di sungai atau di alam bebas, akan mengalami kesulitan kalau berkemih diatas tempat tidur apalagi dengan menggunakan pot urine/ pispot.

## **5. Aktivitas dan Tonus Otot**

Eliminasi urine membutuhkan tonus otot blanded, otot bomen, dan pelvis untuk berkontraksi. Jika ada gangguan tonus, otot dorongan untuk berkemih juga akan berkurang. Aktivitas dapat meningkatkan kemampuan metabolisme produksi urine secara optimal.

## **6. Intake Cairan dan Makanan**

Kebiasaan minum dan makan tertentu seperti kopi, teh, coklat, (mengandung kafein) dan alkohol akan menghambat Anti Diuretik Hormon (ADH), hal ini dapat meningkatkan pembuangan dan ekresi urine.

## **7. Kondisi penyakit**

Kondisi penyakit tertentu seperti pasien yang demam akan terjadi penurunan produksi urine dan pola miksi, karena banyak cairan yang dikeluarkan melalui kulit. Peradangan dan iritasi organ kemih meninggalkan retensi urine.

## **8. Pembedahan**

Tindakan pembedaan memicu sindrom adaptasi, sehingga kelenjar hipofisis anterior melepas hormone ADH, mengakibatkan meningkatkan reabsorsi air akhirnya pengeluaran urine menurun. Penggunaan anastesi menurunkan filtrasi glomerulus sehingga produksi urine menurun.

## 9. Pengobatan

Penggunaan terapi diuretik meningkatkan output urine, antikolinergik, dan antihipertensi, sehingga menimbulkan seseorang akan mengalami retensi urine.

## 10. Pemeriksaan Diagnostik

Intravenous pyelogram di mana pasien dibatasi intake sebelum prosedur untuk mengurangi output urine. Cystoscopy dapat menimbulkan edema local pada uretra, spasme pada spinter bladder sehingga dapat menimbulkan urine tertahan ( retensia urine).

# I. MASALAH-MASALAH ELIMINASI URINE

Ada beberapa masalah yang terjadi pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine. Masalah tersebut antara lain:

### 1. Retensi urine

Retensi urine adalah kondisi seseorang terjadi karena penumpukan urine dalam bladder dan ketidakmampuan bladder untuk mengosongkan kandung kemih. Penyebab distensi bladder adalah urine yang terdapat dalam bladder melebihi 400 ml. Normalnya adalah 250 - 400 ml. Kondisi ini bisa disebabkan oleh hipertropi prostat, pembedahan, otot destrusor lemah dan lain-lain.

### 2. Inkontinensia Urine

Bila seseorang mengalami ketidak mampuan otot spinter eksternal sementara atau menetap untuk mengontrol pengeluaran urine. Ada dua jenis inkontinensia: *Pertama*, stres inkontinensia yaitu stres yang terjadi pada saat tekanan intra-abdomen meningkat dan menyebabkan kompresi kandung kemih. Contoh sebagian orang saat batuk atau tertawa akan mengalami terkencing-kencing, hal tersebut bisa dikatakan normal atau bisa terjadi pada lansia. *Kedua*, urge inkontinensia yaitu inkontinensia yang terjadi saat klien terdesak ingin berkemih atau tiba-tiba berkemih, hal ini terjadi akibat infeksi saluran kemih bagian bawah atau spasme bladder, overdistensi, peningkatan konsumsi kafein atau alkohol (Taylor,1989).

### 3. Enuresis

Enuresis adalah ketidaksanggupan menahan kemih (mengompol) yang tidak disadari yang diakibatkan ketidakmampuan untuk mengendalikan spinter eksterna. Biasanya terjadi pada anak-anak atau orang jompo. Faktor penyebab takut keluar malam, kapasitas kandung kemih kurang normal, infeksi dan lain-lain.



### **3. Perubahan Pola Berkemih**

Dalam kaitannya dengan perubahan pola berkemih pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine, hal yang perlu saudara lakukan pengkajian pada perubahan pola berkemih antara lain:

*a. Frekuensi*

Meningkatnya frekuensi berkemih tanpa intake cairan yang meningkat, biasanya terjadi pada cystitis, stress, dan wanita hamil.

*b. Urgency*

Perasaan ingin segera berkemih dan biasanya terjadi pada anak-anak karena kemampuan spinter untuk mengontrol berkurang.

*c. Dysuria*

Rasa sakit dan kesulitan dalam berkemih misalnya pada infeksi saluran kemih, trauma, dan striktur uretra.

*d. Polyuria (Diuresis)*

Produksi urine melebihi normal, tanpa peningkatan intake cairan misalnya pada pasien DM.

*e. Urinary Suppression:*

Keadaan di mana ginjal tidak memproduksi urine secara tiba-tiba. Anuria (urine kurang dari 100 ml/24 jam), olyguria (urine berkisar 100-500 ml/24 jam).

## **Latihan**

- 1) Seseorang berkemih sangat tergantung pada individu, silahkan anda mengingat-ingat kembali eliminasi yang terakhir anda lakukan dan catat.
  - a) Kapan eliminasi pertama kali anda lakukan ?
  - b) Berapa kali anda mengalami berkemih pada hari kemarin ?
  - c) Identifikasi karakteristik urine anda saat berkemih ?
  
- 2) Kadang-kadang kita lebih sering berkemih dalam satu hari (jumlah lebih 5 kali), hal ini tidak langsung bahwa keadaan tersebut dikatakan abnormal, bagaimana pendapat saudara dan jelaskan alasannya ?

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1)
  - a) Secara normal pada seseorang biasanya berkemih: pertama kali pada waktu bangun tidur, setelah bekerja dan makan.
  - b) Normalnya miksi atau berkemih dalam sehari sekitar 5 kali. Frekuensi untuk berkemih tergantung kebiasaan dan kesempatan.
  - c) Warna urine normal adalah kuning terang. disebabkan adanya pigmen urobilinogen, juga tergantung intake cairan, keadaan dehidrasi maka konsentrasi urine menjadi lebih pekat dan kecoklatan, penggunaan obat-obatan tertentu seperti multivitamin dan preparat besi menyebabkan warna urine menjadi kemerahan sampai kehitaman.

- 2) Tidak selamanya seseorang yang mengalami frekuensi berkemih dikatakan abnormal. Kebiasaan minum dan makan tertentu seperti kopi, teh, coklat, (mengandung kafein) dan alkohol akan menghambat Anti Diuretik Hormon (ADH), hal ini dapat meningkatkan pembuangan dan ekresi urine, sedangkan frekuensi: meningkatnya frekuensi berkemih tanpa intake cairan yang meningkat, biasanya terjadi pada cystitis, stres, dan wanita hamil.

## Ringkasan

Saudara telah mempelajari modul tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin. Dengan demikian saudara sebagai perawat telah menguasai kompetensi untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi urin. Hal-hal yang penting yang sudah saudara pelajari dalam modul ini adalah sebagai berikut:

Tidak selamanya eliminasi urine berjalan lancar, kadang mengalami gangguan atau hambatan yang bisa disebabkan oleh faktor fisik, psikologis, sosialkultural, penyakit, dan lain-lain.

Gangguan eliminasi yang sering terjadi adalah inkontenensia, retensi urine, dan lain-lain. Masalah-masalah yang terjadi pada gangguan eliminasi urine harus segera ditanggulangi karena akan berdampak pada gangguan homeostasis tubuh.

Dengan demikian sisa hasil metabolisme tubuh yang berupa urine merupakan kotoran yang bersifat toksin sehingga bisa meracuni apabila tidak segera dikeluarkan dari tubuh.

## Tes 1

### Kasus 1

Seorang laki-laki, umur 58 tahun dirawat di ruang bedah karena menderita pembesaran prostat. Laki-laki tersebut kesakitan setiap kali buang air kecil, sehingga laki-laki tersebut menahan kencing. Laki-laki tersebut merasa tidak tuntas pengeluaran urine meskipun baru kencing, Hasil pemeriksaan Tensi 130/90 mmhg, nadi 80 X/menit, intake cairan 200 ml/per hari, kencing sedikit.

- 1) Data yang perlu dikaji pada klien yang merasa tidak tuntas dalam pengeluaran kencing adalah ....
- A. destensi bladder
  - B. perubahan warna urine
  - C. kebersihan genetalia
  - D. imflamasi genetalia

- 2) Perasaan sakit dan kesulitan dalam berkemih yang dialami laki-laki itu, disebut ....
  - A. urgency
  - B. frekuensi
  - C. polyuria
  - D. dysuria
  
- 3) Kemungkinan penyebab seorang laki-laki yang mengalami kesakitan saat berkemih, sehingga mereka menahan kencing pada kasus di atas adalah ....
  - A. trauma
  - B. hipertropi prostat
  - C. infeksi saluran kemih
  - D. pembedahan
  
- 4) Jumlah pengeluaran urine pada orang dewasa normal dalam sehari adalah ....
  - A. sekitar 1.200 – 1.500 ml
  - B. lebih 3000 ml
  - C. kurang dari 500 ml
  - D. kurang dari 150 per sekali miksi
  
- 5) Seseorang yang tidak mampu mengendalikan pengeluaran urine disebut dengan ....
  - A. retensio urine
  - B. urgency
  - C. inkotinensia urine
  - D. poliuria

## Topik 2

### Proses Keperawatan

Setelah Anda menguasai materi Topik 1 tentang konsep dasar eliminasi urine tentang (1) pengertian, (2) anatomi fisiologi sistem perkemihan, (3) identifikasi eliminasi normal, dan (4) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan berkemih. Mengingat sisa hasil metabolisme tubuh yang berupa feses merupakan kotoran yang bersifat toksin sehingga bisa meracuni apabila tidak segera dikeluarkan dari tubuh, hal ini anda sebagai perawat berperan untuk membantu memenuhi kebutuhan eliminasi klien.

Topik berikutnya Anda harus belajar lima langkah yang harus Anda pahami dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan eliminasi meliputi pengkajian, rumuskan diagnose keperawatan, intervensi dan implementasi dan evaluasi.

#### 1. Pengkajian

Peserta didik dalam melakukan pengkajian harus menggerakkan semua indra dan tenaga untuk melakukan pengkajian secara cermat baik melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik untuk menggali data yang akurat.

- a. Tanyakan riwayat keperawatan klien tentang pola berkemih, gejala dari perubahan berkemih, dan faktor yang mempengaruhi berkemih.
- b. Pemeriksaan fisik klien meliputi 1) abdomen, pembesaran, pelebaran pembuluh darah vena, distensi bladder, pembesaran ginjal, nyeri tekan, tenderness, bising usus, 2) genitalia: wanita, inflamasi, nodul, lesi, adanya secret dari meatus, kesadaran, antropi jaringan vagina, dan genitalia laki-laki: kebersihan, adanya lesi, tenderness, adanya pembesaran skrotum.
- c. Identifikasi Intake dan output cairan dalam (24 jam) meliputi pemasukan minum dan infuse, NGT, dan pengeluaran perubahan urine dari urinal, cateter bag, aimage ureteronomy, karakter urine: warna, kejernihan, bau, kepekatan.
- d. Pemeriksaan diagnostic :  
Pemeriksaan urine (urinalisis): Warna: (jernih kekuningan), Penampilan (N: jernih), Bau (N: beraroma), pH (N: 4,5-8,0), Berat jenis (N: 1,005-1,030), Glukosa (N: negatif), Keton (N: negatif), Kultur urine (N: kuman petogen negatif).

#### 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Diagnosa Keperawatan I

Gangguan pola eliminasi urine: inkontinensia.

Definisi: Kondisi di mana seseorang tidak mampu mengendalikan pengeluaran urine, kemungkinan penyebab (berhubungan dengan): gangguan neuromuskuler, spasme bladder, trauma pelvic, infeksi saluran kemih, trauma medulla spinalis, kemungkinan klien mengalami (data yang ditemukan) : inkontinensia, keinginan berkemih yang

segera, sering ke toilet, menghindari minum, spame bladder, setiap berkemih kurang dari 100 ml atau lebih dari 550 ml.

Tujuan yang diharapkan:

- 1) Klien dapat mengontrol pengeluaran urine tiap 4 jam.
- 2) Tidak ada tanda-tanda retensi dan inkontinensia urine.
- 3) Klien berkemih dalam keadaan berkemih.

### 3. Intervensi

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Monitor keadaan bladder setiap 2 jam. dan kolaborasi dalam bladder training	1. Tingkatkan kekuatan otot bladder
2. Hindari faktor pencetus inkontinensia urine seperti cemas	2. Mengurangi atau menghindari inkontinensia
3. Kolaborasi dengan dokter dalam pengobatan dan kateterisasi	3. Menghindari faktor penyebab
4. Berikan penjelasan tentang: pengobatan, kateter, penyebab dan tindakan lainnya	4. Meningkatkan pengetahuan dan pasien lebih kooperatif

### 4. Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah di susun.

### 5. Kriteria evaluasi

Setelah membantu untuk klien lakukan evaluasi: Klien mampu mengontrol pengeluaran bladder setiap 4 jam, tanda dan gejala inkontinensian urine berkurang atau tidak ada.

#### b. Diagnosa Keperawatan II

Retensi urine:

Definisi: Kondisi di mana seseorang tidak mampu mengosongkan bladder secara tuntas.

Kemungkinan penyebab (berhubungan dengan): Obtruksi mekanik, pembesaran prostat, trauma, pembedahan, kehamilan.

Kemungkinan klien mengalami (data yang ditemukan): tidak tuntasnya pengeluaran urine, distensi bladder, hipertropi prostat, kanker, infeksi saluran kemih, pembesaran besar abdomen.

## 6. Intervensi

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Monitor keadaan bladder setiap 2 jam	1. Menentukan masalah
2. Ukur intake dan output cairan setiap 4 jam	2. Memonitor keseimbangan cairan
3. Berikan cairan 2.000 ml/hari dengan kolaborasi	3. Menjaga defisit cairan
4. Kurangi minum setelah jam 6 malam	4. Mencegah nokturia
5. Kaji dan monitor analisis urine elektrolit dan berat badan	5. Membantu keseimbangan cairan dan membantu mengembalikan energi
6. Lakukan latihan pergerakan dan lakukan relaksasi ketika duduk berkemih	6. Memperkuat fungsi bladder dan memperkuat otot pelvis
7. Kolaborasi dalam pemasangan kateter	7. Mengeluarkan urine

## 7. Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah di susun.

## 8. Implementasi

Setelah membantu untuk klien lakukan evaluasi: Klien mampu mengontrol pengeluaran bladder setiap 4 jam, tanda dan gejala retensi urine tidak ada.

# Latihan

### Kasus

Seseorang klien laki-laki, berumur 35 tahun, dirawat di ruang perawatan interne karena buang air besar terus menerus, dan mengeluh sakit perut terutama setiap buang air besar, frekuensi BAB 8-12 kali/hari, feses cair dan mengandung darah. Hasil pemeriksaan tensi 130/90 mmhg, nadi 80 kali/menit, intake cairan 200 ml/perhari dan tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi.

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Pelajarilah kasus di bawah ini dengan cermat.
- 2) Susunlah dasar teori yang mendasari kasus tersebut
- 3) Susunlah asuhan keperawatan yang sesuai kasus tersebut dengan langkah-langkah sebagai berikut, 1) Lengkapi data pengkajian yang dibutuhkan, 2) tentukan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, 3) susun rencana keperawatan dan rasionalnya, dan 4) susun kriteria evaluasi.
- 4) Kerjakan tugas ini setelah proses pembelajaran pada modul 5 ini selesai, kemudian peserta didik melakukan konsultasi 1 kali kepada dosen atau fasilitator.

- 5) Dosen atau fasilitator untuk memberikan umpan balik kepada peserta didik.

**Penilaian:**

	<b>Aspek</b>	<b>Bobot</b>
1.	Dasar teori terjadinya masalah	15%
2.	Pengajian secara relewan dan akurat	20%
3.	Merumuskan diagnosa (prioritas sesuai dan unsur diagnosa)	20%
4.	Perencanaan tindakan(tujuan, rencana dan rasional)	30%
5.	Tindakan (berada pada Bab 11)	
6.	Kriteria evaluasi	15%

## **Ringkasan**

Saudara telah mempelajari modul tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine. Dengan demikian saudara sebagai perawat telah menguasai kompetensi untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi urine. Hal-hal yang penting yang sudah saudara pelajari dalam modul ini adalah sebagai berikut:

Tidak selamanya eliminasi urine berjalan lancar, kadang mengalami gangguan atau hambatan yang bisa disebabkan oleh faktor fisik, psikologis, sosialkultural, penyakit dan lain-lain. Gangguan eliminasi yang sering terjadi adalah inkontenensia, retensi urine, dan lain-lain. Masalah-masalah yang terjadi pada gangguan eliminasi urine harus segera ditanggulangi karena akan berdampak pada gangguan homeostasis tubuh. Dengan demikian sisa hasil metabolisme tubuh yang berupa urine merupakan kotoran yang bersifat toksin sehingga bisa meracuni apabila tidak segera dikeluarkan dari tubuh.

Dengan demikian peserta didik sebagai perawat, harus mampu dalam memberikan asuhan keperawatan pada gangguan eliminasi urine dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut (1) melakukan pengkajian, (2) merumuskan diagnosa, (3) melakukan intervensi, (4) memberikan beberapa tindakan, dan (5) evaluasi.

## **Tes 2**

### **Kasus**

Seorang laki-laki , umur 58 tahun dirawat di ruang bedah karena menderita pembesaran prostat. Laki-laki tersebut kesakitan setiap kali buang air kecil, sehingga laki-laki tersebut menahan kecing. Laki-laki tersebut merasa tidak tuntas pengeluaran urine meskipun baru kecing, Hasil pemeriksaan Tensi 130/90 mmhg, nadi 80 X/menit, intake cairan 200 ml/perhari, kecing sedikit.

- 1) Masalah keperawatan terjadi pada klien dengan gejala kecing sedikit-sedikit, kandung kemih penuh dan merasa kecing tidak tuntas adalah ....  
A. retensio urine

- B. enuresis
  - C. inkotinensia urine
  - D. poliuria
- 2) Tujuan intervensi pada klien dengan inkontinensia urine adalah ....
- A. klien dapat mengontrol pengeluaran urine secara bertahap
  - B. klien tidak dapat mengontrol pengeluaran urine secara bertahap
  - C. klien terjadi peningkatan pengeluaran urine
  - D. klien menunjukkan pengeluaran urine lebih sering
- 3) Perawat melakukan bladder training pada klien dengan inkontinensia urine, dengan tujuan ....
- A. meningkatkan pengeluaran urine
  - B. menguatkan otot dasar pelvis
  - C. menurunkan otot dasar pelvis
  - D. menurunkan kekuatan otot bladder
- 4) Perawat harus selalu memonitor setiap 2 keadaan bladder klien dengan retensio urine, dengan tujuan ....
- A. mengeluarkan urine
  - B. mencegah penurunan bladder
  - C. meningkatkan fungsi bladder
  - D. mencegah distensi bladder
- 5) Intervensi perawat pada klien dengan retensio urine adalah kolaborasi ....
- A. kolaborasi pemasangan kateter
  - B. kolaborasi pembatasan cairan
  - C. kolaborasi bladder training
  - D. kolaborasi pemberian diet



## **Kunci Jawaban Tes**

### *Tes 1*

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

### *Tes 2*

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

### **Penjelasan Tes Formatif 1**

- 1) Peradangan, iritasi organ kemih dan striktur uretra (penyempitan) , hal ini bisa meninggalkan retensi urine atau urine tertahan (destensi kandung kemih).
- 2) Rasa sakit dan kesulitan dalam berkemih misalnya disebabkan pada infeksi saluran kemih, trauma, dan striktur uretra disebut Dysuria.
- 3) Rasa sakit dan menahan saat berkemih pada laki-laki penyebab yang paling sering terjadi adalah striktur uretra (penyempitan) oleh karena Hipertropi prostat.
- 4) Jumlah urine yang dikeluarkan tergantung pada usia, intake cairan dan status kesehatan. Pada orang dewasa jumlah urine yang dikeluarkan sekitar 1.200 – 1.500 atau 150 samapi 600 ml/sekali miksi.
- 5) Bila seseorang mengalami ketidakmampuan otot spinter eksternal sementara atau menetap untuk mengontrol pengeluaran urine hal ini disebut inkotinensia urine.

### **Penjelasan Tes Formatif 2**

- 1) Klien dengan keadaan berbaring terus-menerus (immobilisasi) akan menurunkan peristaltik usus, sehingga terjadi peningkatan penyerapan air, sehingga faeses sulit dikeluarkan, keras dan mengedan, hal ini bisa menimbulkan masalah konstipasi ditan.
- 2) Latihan fisik yang baik secara aktif maupun pasif akan salah satu tindakan untuk membantu meningkatkan pergerakan usus sehingga bisa membantu mengatasi masalah konstipasi.
- 3) Asupan cairan yang cukup dan teratur ( adekuat ) bisa mengencerkan isi usus dan memudahkan pergerakan isi kolan.
- 4) Pada orang tertentu makanan yang berbumbu pedas ( intoleransi ) dapat mengiritasi usus dan menyebabkan seseorang diare atau banyak flatus.
- 5) Diet rendah serat dan lunak pada klien dengan diare ditujukan untuk mengurangi kerja usus dan menurunkan stimulasi bowel.

### **Tugas Mandiri:**

#### *Kasus 1*

Seseorang klien laki-laki, berumur 35 tahun, dirawat di ruang perawatan interne karena buang air besar terus menerus, dan mengeluh sakit perut terutama setiap buang air besar, frekuensi BAB 8-12 kali / hari , feses cair, mengandung darah. Hasil pemeriksaan Tensi

130/90 mmhg, nadi 80 X/menit, intake cairan 200 ml/perhari dan tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi.

*Petunjuk:*

1. Pelajarilah kasus di bawah ini dengan cermat.
2. Susunlah dasar teori yang mendasari kasus tersebut
3. Susunlah asuhan keperawatan yang sesuai kasus tersebut dengan langkah-langkah sebagai berikut, 1) Lengkapi data pengkajian yang dibutuhkan, 2) tentukan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, 3) Susun rencana keperawatan dan rasionalnya, 4) Susun kreteria evaluasi
4. Kerjakan tugas ini setelah proses pembelajaran pada modul 2 ini selesai, kemudian peserta didik melakukan konsultasi 1 kali kepada dosen atau fasilitator.
5. Dosen atau fasilitator untuk memberikan umpan balik kepada peserta didik.

**Penilaian:**

	<b>Aspek</b>	<b>Bobot</b>
1.	Dasar teori terjadinya masalah	15%
2.	Pengkajian secara relewan dan akurat	20%
3.	Merumuskan diagnosa (prioritas sesuai dan unsur diagnosa)	20%
4.	Perencanaan tindakan (tujuan, rencana dan rasional)	30%
5.	Tindakan (berada pada modul 5)	
6.	Kreteria evaluasi	15%

**Umpan balik**

Setelah Anda menguasai materi pada Bab 5 ini, kegiatan belajar Anda berikutnya adalah praktikum: Prosedur tindakan pemenuhan kebutuhan elemeniasi.

## **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.
- Elkin, et al. 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Second Ed.
- 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.

## **BAB VI**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ELEMINASI BOWEL**

### **PENDAHULUAN**

Eleminasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang esensial dan berperan penting untuk kelangsungan hidup manusia. Eleminasi dibutuhkan untuk mempertahankan dalam keseimbangan fisiologis melalui pembuangan sisa-sisa metabolisme. Sisa metabolisme berupa eleminasi tersebut terbagi menjadi 2 dua jenis yaitu berupa feces yang berasal dari saluran cerna disebut eleminasi bowel/fekal/buang air besar (BAB) dan saluran perkemihan berupa urine disebut eleminasi urine/buang air kecil (BAK), hal ini bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Eleminasi merupakan aktivitas pokok yang harus dilakukan setiap manusia dan harus terpenuhi, bila tidak terpenuhi akan menjadi berbagai macam gangguan yang berdampak pada pada gangguan sistem pencernaan dan sistem perkemihan.

Pada Bab ini terutama akan dibahas tentang eleminasi bowel terlebih dahulu, dan kemudian akan mempelajari tentang tentang konsep dasar eleminasi fekal dan asuhan keperawatan klien dengan gangguan fekal. Modul ini dikemas dalam dua kegiatan belajar yang bersifat *hard skill* tetapi juga *soft skill*. Penggunaan modul ini peserta didik dianggap sudah menguasai proses keperawatan dan keterampilan seperti pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital yang sudah dipelajari pada Bab 1, 2, dan 3.

Untuk mengetahui lebih lanjut tentang asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eleminasi fekal, pada Bab 6 ini ada dua kegiatan belajar yang akan diuraikan dalam urutan sebagai berikut Topik 1: Konsep dasar eleminasi fekal yang terdiri dari review anatomi fisiologi pada eleminasi fekal , faktor-faktor yang mempengaruhi eleminasi fekal, masalah gangguan eleminasi fekal dan Topik 2: Proses keperawatan yang berisikan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan kriteria evaluasi.

Setelah mempelajari modul ini, peserta didik akan dapat, menjelaskan anatomi fisiologi eleminasi fekal, menjelaskan faktor-faktor mempengaruhi eliminasi fekal, mengidentifikasi masalah eliminasi fekal, melaksanakan proses keperawatan dengan melakukan pengkajian, menuliskan diagnosa, menyusun intervensi keperawatan, melakukan prosedur pemenuhan kebutuhan eliminasi (modul praktikum 11), dan menyusun kriteria evaluasi.

Diharapkan mahasiswa yang merupakan perawat mampu memberikan asuhan keperawatan untuk membantu klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eleminasi yaitu eleminasi fekal seperti konstipasi, *fecal impaction*, diare, dan lain-lain.

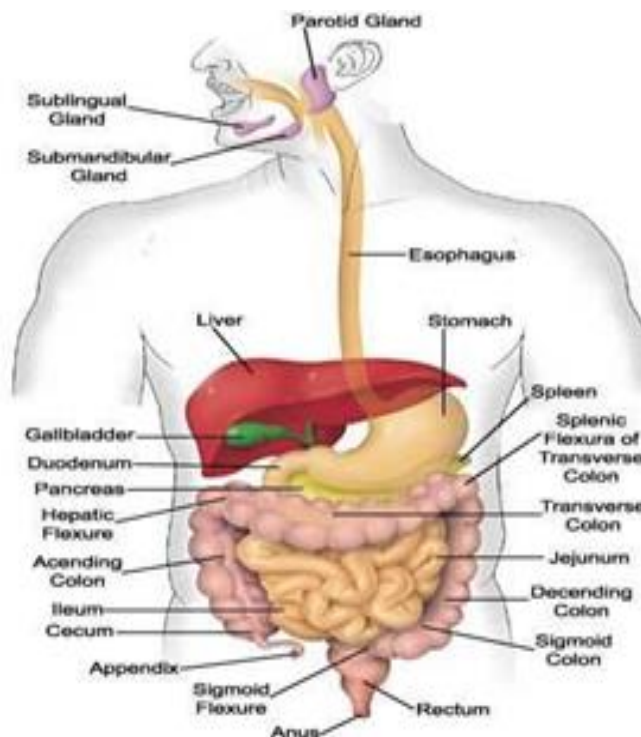
## **Topik 1**

### **Konsep Dasar Eleminasi Fekal**

Eliminasi bowel/fekal/Buang Air Besar (BAB) atau disebut juga defekasi merupakan proses normal tubuh yang penting bagi kesehatan untuk mengeluarkan sampah dari tubuh. Sampah yang dikeluarkan ini disebut feces atau stool. Eleminasi produk sisa pencernaan yang teratur, hal ini penting untuk normal tubuh. Fungsi usus tergantung pada keseimbangan berapa faktor, pola dan kebiasaan eleminasi. Eleminasi bowel merupakan salah satu bentuk aktivitas yang harus dilakukan oleh manusia Seseorang dapat melakukan buang air besar sangatlah bersifat individual ada yang satu kali atau lebih dalam satu hari, bahkan ada yang mengalami gangguan yaitu hanya 3-4 kali dalam satu minggu atau beberapa kali dalam sehari, perubahan eleminasi fekal dapat menyebabkan masalah gastrointestinal dan sistem tubuh lain, hal ini apa bila dibiarkan dapat menjadi masalah seperti konstipasi, fecal imfaction , hemoraid dan lain-lain.

Peran perawat sangat penting untuk memahami eleminasi normal, faktor yang meningkatkan dan menghambat, dan membantu mencegah terjadinya gangguan eleminasi fekal, Tindakan yang dilakukan perawat dalam upaya meningkatkan eleminasi normal dan membantu klien dengan segera untuk memenuhi kebutuhan eleminasi dengan meminimalkan rasa ketidaknyamanan.

#### **A. ANATOMI DAN FISILOGI**



*Gambar 6.1. Struktur dan anatomi pencernaan*

Saluran pencernaan terdiri dari dua bagian, yaitu bagian atas terdiri dari mulut, esophagus dan lambung dan bagian bawah terdiri dari usus halus dan besar. Agar lebih jelas bagi peserta didik ikutilah uraian tentang saluran bagian atas dan bawah berikut ini.

1. Saluran gastrointestinal bagian atas terdiri mulut, esophagus & lambung  
Makanan yang masuk ke mulut kita dicerna secara mekanik dan kimia, dengan bantuan gigi untuk mengunyah dan memecah makanan. Saliva mencairkan dan melunakkan bolus makanan sehingga mudah masuk esofagus menuju pada lambung. Dalam lambung makanan disimpan sementara, lambung melakukan ekresi asam hidroklorida (HCL), lendir, enzim pepsin dan faktor intrinsik. HCL mempengaruhi keasaman lambung dan keseimbangan asam-basa tubuh. Lendir melindungi mukosa dari keasaman, aktivitas enzim dan membantu mengubah makanan menjadi semi cair yang disebut kimus (chyme), lalu didorong ke usus halus.
2. Saluran gastrointestinal bagian bawah terdiri dari usus halus dan besar.
3. Saluran gastrointestinal atas meliputi, usus halus terdiri dari duodenum, jejunum, ileum, dengan diameter 2.5 cm dan panjang 6 m. Kimus bercampur dengan empedu dan amilase.  
Kebanyakan nutrisi dan elektrolit diabsorpsi duodenum dan jejunum, sedang ileum mengabsorpsi vitamin, zat besi dan garam empedu. Fungsi ileum terganggu maka proses pencernaan mengalami perubahan. Usus besar panjangnya 1.5 m merupakan organ utama dalam eliminasi fekal terdiri cecum, colon dan rectum. Kimus yang tidak diabsorpsi masuk sekum melalui katub ileosekal yang fungsinya katub ini untuk regurgitasi dan kembalinya isi kolon ke usus halus. Kolon mengabsorpsi air, nutrient, elektrolit, proteksi, sekresi dan eliminasi, sedangkan perubahan fungsi kolon bisa diare dan kontraksi lambat. Gerakan peristaltik 3-4 kl/hr dan paling kuat setelah makan. Rectum bagian akhir pada saluran pencernaan. Panjangnya bayi 2.5 cm, anak 7.5-10 cm, dewasa 15 – 20 cm, rektum tidak berisi feses sampai defekasi. Rektum dibangun lipatan jaringan berisi sebuah arteri dan vena, bila vena distensi akibat tekanan selama mengedan bisa terbentuk hemoroid yang menyebabkan defekasi terasa nyeri.
4. Usus sendiri mensekresi mucus, potassium, bikarbonat dan enzim, sekresi musin (ion karbonat) yang pengeluarannya dirangsang oleh nervus parasimpatis.
5. Chyme bergerak karena adanya peristaltik usus dan akan berkumpul menjadi feses di usus besar.  
Gas yang dihasilkan dalam proses pencernaan normalnya 400-700 ml/24 jam. Feses terdiri atas 75% air dan 25% padat, bakteri yang umumnya sudah mati, lepasan epithelium dari usus, sejumlah kecil zat nitrogen.

Jadi makanan sampai mencapai rectum normalnya diperlukan waktu 12 – 20 jam, isinya menjadi makin lunak bahkan bila terlalu lama maka akan semakin padat karena air diabsorpsi apabila tidak segera di keluarkan. Pada keadaan infeksi, reseksi bedah atau obstruksi dapat mengganggu peristaltik absorpsi berkurang dan aliran kimus terhambat. Saat emosi sekresi mucus akan meningkat berfungsi melindungi dinding usus dari aktivitas

bakteri, bila hal ini berlebihan akan meningkatkan peristaltik berdampak pada penyerapan feses yang cepat sehingga faeces menjadi encer, diare, absorpsi berkurang dan flatus.

Kesimpulan bahwa dorongan feses juga dipengaruhi oleh kontraksi abdomen, tekanan diafragma, dan kontraksi otot elevator. Defekasi dipermudah oleh fleksi otot femur dan posisi jongkok.

## **B. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ELEMINASI FEKAL**

### **1. Usia**

Pada bayi sampai 2-3 tahun, lambung kecil, enzim kurang, peristaltic usus cepat, neuromuskuler belum berkembang normal sehingga mereka belum mampu mengontrol buang air besar (diare/ inkontinensia). Pada usia lanjut, sistem GI sering mengalami perubahan sehingga merusak proses pencernaan dan eliminasi (Lueckenotte, 1994), Perubahan yang terjadi yaitu gigi berkurang, enzim di saliva dan lambung berkurang, peristaltik dan tonus abdomen berkurang, serta melambatnya impuls saraf. Hal tersebut menyebabkan lansia berisiko mengalami konstipasi. Lansia yang dirawat di rumah sakit berisiko mengalami perubahan fungsi usus, dalam suatu penelitian ditemukan bahwa 91% insiden diare atau konstipasi dari 33 populasi, dengan usia rata-rata 76 tahun (Ross,1990).

### **2. Diet**

Asupan makanan setiap hari secara teratur membantu mempertahankan pola peristaltik yang teratur dalam kolon, sedangkan makanan berserat, berselulosa dan banyaknya makanan penting untuk mendukung volume fekal. Makan tinggi serat seperti buah apel, jeruk, sayur kangkung, bayam, mentimun, gandum, dan lain-lain.

Contoh bila makanan yang kita makan rendah serat menyebabkan peristaltik lambat, sehingga terjadi peningkatan penyerapan air di usus, hal ini berakibat seseorang mengalami konstipasi. Demikian juga seseorang dengan diet yang tidak teratur akan mengganggu pola defekasi dan makanan yang mengandung gas: bawang, kembang kol, dan kacang-kacangan. Laktosa, suatu bentuk karbohidrat sederhana yang ditemukan dalam susu: sulit dicerna bagi sebagian orang, hal ini disebabkan intoleransi laktose yang bisa mengakibatkan diare, distensi gas, dan kram.

### **3. Pemasukan Cairan**

Asupan cairan yang cukup bisa mengencerkan isi usus dan memudahkannya bergerak melalui kolon. Orang dewasa intake cairan normalnya: 2000-3000 ml/hari(6-8 gelas) . Jika intake cairan tidak adekuat atau pengeluaran yang berlebihan (urin/muntah) tubuh akan kekurangan cairan, sehingga tubuh akan menyerap cairan dari chyme sehingga faeces menjadi keras, kering, dan feses sulit melewati pencernaan, hal ini bisa menyebabkan seseorang mengalami konstipasi.

Minuman hangat dan jus buah bisa memperlunak feses dan meningkatkan peristaltik.

#### **4. Aktivitas**

Seseorang dengan latihan fisik yang baik akan membantu peristaltik meningkat, sementara imobilisasi menekan motilitas kolon. Ambulasi dini setelah klien menderita sakit dianjurkan untuk meningkatkan dan mempertahankan eliminasi normal. Contoh pada klien dengan keadaan berbaring terus-menerus akan menurunkan peristaltik usus, sehingga terjadi peningkatan penyerapan air, hal ini berdampak pada klien yaitu konstipasi atau fecal impaction.

Melemahnya otot dasar panggul, abdomen merusak kemampuan tekanan abdomen dan mengontrol sfingter eksterna, sedangkan tonus otot melemah atau hilang akibat penyakit yang lama atau penyakit neurologis merusak transmisi saraf yang menyebabkan gangguan eliminasi

#### **5. Faktor Psikologik**

Seseorang cemas, marah yang berlebihan akan meningkatkan peristaltik usus, sehingga seseorang bisa menyebabkan diare. Namun, ada pula seseorang dengan depresi, sistem saraf otonom akan memperlambat impuls saraf dan peristaltik usus menurun yang bisa menyebabkan konstipasi.

#### **6. Kebiasaan Pribadi**

Kebanyakan orang merasa lebih mudah dan nyaman defikasi di kamar mandi sendiri. Kebiasaan seseorang dengan melatih pola buang air besar (BAB) sejak kecil secara teratur maka seseorang tersebut akan secara teratur pola defikasinya atau sebaliknya. Individu yang sibuk, higiene toilet buruk, bentuk dan penggunaan toilet bersama-sama, klien di RS dengan penggunaan pispot, privasi kurang dan kondisi yang tidak sesuai, hal ini dapat mengganggu kebiasaan dan perubahan eliminasi yang dapat memulai siklus rasa tidak nyaman yang hebat. Refleks gastrokolik adalah refleks yang paling mudah distimulasi untuk menimbulkan defekasi setelah sarapan.

#### **7. Posisi Selama Defekasi**

Kebiasaan seseorang defikasi dengan posisi jongkok memungkinkan tekanan intraabdomen dan otot pahanya, sehingga memudahkan seseorang defikasi, pada kondisi berbeda atau sakit maka seseorang tidak mampu melakukannya, hal ini akan mempengaruhi kebiasaan seseorang menahan BAB sehingga bisa menyebabkan konstipasi atau fecal impaction. Klien imobilisasi di tempat tidur, posisi terlentang, defekasi seringkali dirasakan sulit. Membantu klien ke posisi duduk pada pispot akan meningkatkan kemampuan defekasi.

#### **8. Nyeri**

Secara normal seseorang defikasi tidak menimbulkan nyeri. Contoh seseorang dengan pengalaman nyeri waktu BAB seperti adanya hemoroid, fraktur ospubis, episiotomy akan mengurangi keinginan untuk BAB guna menghindari rasa nyeri yang akan timbul. Lama-kelamaan, kondisi ini bisa menyebabkan seseorang akhirnya terjadi konstipasi



## **9. Kehamilan**

Seiring bertambahnya usia kehamilan dan ukuran fetus, tekanan diberikan pada rektum, hal ini bisa menyebabkan obstruksi sementara yang mengganggu pengeluaran feses. Konstipasi adalah masalah umum yang terjadi pada trimester terakhir, sehingga wanita sering mengedan selama defekasi yang dapat menyebabkan terbentuknya hemoroid yang permanen.

## **10. Prosedur Diagnostik**

Klien yang akan dilakukan prosedur diagnostic biasanya dipuaskan atau dilakukan klisma dahulu agar tidak dapat BAB kecuali setelah makan. Tindakan ini dapat mengganggu pola eliminasi sampai klien dapat makanan secara normal. Prosedur pemeriksaan dengan menggunakan barium enema atau endoskopi, biasanya menerima katartik dan enema. Barium mengeras jika dibiarkan di saluran GI, hal ini bisa menyebabkan feses mengeras dan terjadi konstipasi atau fecal impaction. Klien harus menerima katartik untuk meningkatkan eliminasi barium setelah prosedur dilakukan, bila mengalami kegagalan pengeluaran semua barium maka klien perlu dibersihkan dengan menggunakan enema.

## **11. Operasi dan Anastesi**

Pemberian agens anastesi yang dihirup saat pembedahan akan menghambat impuls saraf parasimpatis ke otot usus, sehingga akan dapat menghentikan sementara waktu pergerakan usus (ileus paralitik). Kondisi ini dapat berlangsung selama 24 – 48 jam. Apabila klien tetap tidak aktif atau tidak dapat makan setelah pembedahan, kembalinya fungsi usus normal dapat terhambat lebih lanjut. Klien dengan anastesi lokal atau regional berisiko lebih kecil mengalami perubahan eliminasi.

## **12. Obat-obatan**

Seseorang menggunakan laksatif dan katartik dapat melunakkan feses dan meningkatkan peristaltik, akan tetapi jika digunakan dalam waktu lama akan menyebabkan penurunan tonus usus sehingga kurang responsif lagi untuk menstimulasi eliminasi fekal. Penggunaan laksatif berlebihan dapat menyebabkan diare berat yang berakibat dehidrasi dan kehilangan elektrolit. Minyak mineral untuk laksatif, bisa menurunkan absorpsi vitamin yang larut dalam lemak dan kemanjuran kerja obat dalam GI. Obat-obatan seperti disiklomin HCL (Bentyl) menekan gerakan peristaltik dan mengobati diare. Seseorang dengan mengkonsumsi obat analgesik, narkotik, morfin, kodein menekan gerakan peristaltik yang menyebabkan konstipasi. Obat antikolinergik, seperti atropin, glikopirolat (robinul) bisa menghambat sekresi asam lambung dan menekan motilitas saluran GI bisa menyebabkan konstipasi. Banyak obat antibiotik menyebabkan diare dengan mengganggu flora bakteri normal dalam saluran GI. Bila seseorang diare diberikan obat, kemudian diare semakin parah dan kram abdomen, obat yang diberikan pada klien mungkin perlu diubah.

### **13. Kondisi Patologi**

Pada injuri spinal cord atau kepala dan gangguan mobilisasi, dapat menurunkan stimulasi sensori untuk defekasi. Buruknya fungsi spinal anal menyebabkan inkontinensia.

### **14. Irritans**

Makanan berbumbu atau pedas, toxin bakteri atau racun dapat mengiritasi usus dan menyebabkan diare dan banyak flatus.

Faktor-faktor yang mempengaruhi defikasi seperti sebagaimana diuraikan di atas, apa bila tidak segera dicegah akan mengganggu defikasi klien. Agar lebih jelasnya peserta didik harus mengetahui masalah yang menyebabkan gangguan eliminasi fekal sehingga bisa mencari penyebabnya sebagai berikut :

## **C. MASALAH-MASALAH GANGGUAN ELIMINASI FEKAL .**

### **1. Konstipasi**

Konstipasi adalah penurunan frekuensi defekasi, yang diikuti oleh pengeluaran feses yang lama atau keras, kering dan disertai upaya mengedan saat defekasi.



*Gambar 6.2. Tanda-tanda konstipasi*

Tanyakan pada diri anda sendiri apakah saudara pernah mengalami menurunnya frekuensi BAB hingga beberapa hari, disertai dengan pengeluaran faeces yang sulit, keras dan mengedan. Dan dapat menyebabkan nyeri rectum, keadaan ini di sebut konstipasi. Konstipasi merupakan gejala, bukan merupakan penyakit. Kondisi ini terjadi karena faeces berada di intestinal lebih lama, sehingga banyak air diserap. Biasanya disebabkan oleh pola defikasi yang tidak teratur, penggunaan laksatif yang lama, stress psikologis, obat-obatan, kurang aktivitas dan faktor usia.

Setiap individu mempunyai pola defekasi individual yang harus dikaji perawat, tidak setiap orang dewasa memiliki pola defekasi setiap hari (Ebersole dan Hess,1994). Defikasi hanya setiap 4 hari sekali atau lebih dianggap tidak normal (Lueckenotte,1994). Pola defekasi yang biasanya setiap 2-3 hari sekali, tanpa kesulitan, nyeri atau perdarahan dapat dianggap untuk lansia (Ebersole dan Hess,1994; Lueckenotte,1994).

Mengedan selama defekasi menimbulkan masalah pada klien baru pembedahan abdomen, genekologi, rektum hal ini dapat menyebabkan jahitan terpisah sehingga luka terbuka. Klien dengan riwayat kardiovaskuler, glaukoma, dan peningkatan tekanan intrakranial harus mencegah konstipasi dan hindari penggunaan manuver valsalva dengan menghembuskan nafas melalui mulut selama mengedan.

## 2. Fecal Impaction



Gambar 6.3. Keadaan *fecal impaction*

Fecal Impaction atau impaksi feses akibat dari konstipasi yang tidak diatasi. Impaksi adalah kumpulan feses yang mengeras, mengendap di dalam rektum, hal ini tidak dapat dikeluarkan. Feses yang keras di kolon dan lipatan sigmoid yang diakibatkan oleh retensi dan akumulasi material feses yang berkepanjangan.

Klien menderita kelemahan, tidak sadar hal ini paling berisiko mengalami impaksi karena tidak sadar akan kebutuhan defekasi. Biasanya juga disebabkan oleh konstipasi, intake cairan kurang, kurang aktivitas, diet rendah serat dan kelemahan tonus otot.

Tanda yang bisa saudara identifikasi adalah: tidak BAB beberapa hari,walaupun ada keinginan untuk defekasi, anoreksia, kembung/kram nyeri rectum.

Perawat yang mencurigai klien dengan impaksi, maka perlu melakukan pemeriksaan secara manual dengan memasukkan ke dalam rektum dan mempalpasi masa yang terimpaksi.

## 3. Diare

Diare adalah meningkatnya frekuensi buang air besar dan pengeluaran feses yang cair dan tidak terbentuk (Lueckenotte,1994). Diare adalah gejala gangguan proses pencernaan, absorpsi dan sekresi dalam saluran GI, akibatnya cyme melewati usus terlalu cepat, sehingga usus besar tidak mempunyai waktu untuk menyerap air.

Diare dapat disebabkan karena stress fisik, obat-obatan, alergi penyakit kolon dan iritasi intestinal. Diare seringkali sulit dikaji pada bayi, seperti bayi menerima susu botol pengeluaran feses pada setiap 2 hari sekali, sementara bayi yang dususui ibunya dapat mengeluarkan feses lunak dalam jumlah kecil 5 – 8 kl/hari.

Akibat pada seseorang diare adalah gangguan elektrolit dan kulit terganggu, terutama pada bayi dan orang tua. Diare secara berulang bisa mengiritasi perineum dan bokong, maka diperlukan perawatan kulit yang cermat untuk mencegah kerusakan kulit dan dibutuhkan drainase feses.

#### **4. Inkontinensia Bowel/Fecal/Alvi**

Inkontinensia feses adalah hilangnya kemampuan otot untuk mengontrol pengeluaran feses dan gas dari anus. Kerusakan spinter anus akibat kerusakan fungsi spinter atau persarafan di daerah anus yang menyebabkan inkontinensia. Penyebabnya penyakit neuromuskuler, trauma spinal cord dan tumor spinter anus eksternal, 60% usila inkontinensi.



*Gambar 6.4. Inkontinensia*

Inkontinensia dapat membahayakan citra tubuh dan mental klien, maka klien sangat tergantung pada perawat untuk memenuhi kebutuhannya. Perawat harus mengerti dan sabar meskipun berulang-ulang kali membereskannya. Seperti diare, inkontinensia bisa menyebabkan kerusakan kulit. Jadi perawat harus sering memeriksa perineum dan anus, apakah kering dan bersih.

#### **5. Kembung**

Kembung merupakan menumpuknya gas pada lumen intestinal sehingga dinding usus meregang dan distensi, dapat disebabkan karena konstipasi, penggunaan obat-obatan seperti barbiturate, ansietas. Penurunan aktivitas intestinal, makan banyak mengandung gas, pemecahan makanan oleh bakteri-bakteri dan efek anastesi.

#### **6. Hemeroid**

Pembengkakan atau pelebaran vena pada dinding rectum (bisa internal dan eksternal) akibat peningkatan tekanan didaerah tersebut Penyebabnya adalah konstipasi kronis, kehamilan, dan obisitas .

Jika terjadi inflamasi dan pengerasan, maka klien merasa panas dan rasa gatal. Kadang-kadang BAB dilupakan oleh klien, karena saat BAB menimbulkan nyeri. Akibat lanjutannya adalah konstipasi.



*Gambar 6.5. Keadaan hemoroid*

## Latihan

- 1) Sebutkan tanda-tanda pasien mengalami konstipasi?
- 2) Sebutkan tanda-tanda pasien mengalami diare?

## Ringkasan

Saudara telah mempelajari modul tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi fekal. Dengan demikian saudara sebagai perawat telah menguasai kompetensi untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi fekal. Hal-hal yang penting yang sudah saudara pelajari dalam modul ini adalah sebagai berikut:

Tidak selamanya eliminasi fekal berjalan lancar, kadang mengalami gangguan atau hambatan yang bisa disebabkan oleh faktor fisik, psikologis, sosialkultural, penyakit dan lain-lain. Gangguan eliminasi yang sering terjadi adalah Konstipasi, Obstipasi, dan lain-lain. Masalah-masalah yang terjadi pada gangguan eliminasi fekal harus segera ditanggulangi karena akan berdampak pada gangguan homeostasis tubuh. Dengan demikian sisa hasil metabolisme tubuh yang berupa feses merupakan kotoran yang bersifat toksin sehingga bisa meracuni apabila tidak segera dikeluarkan dari tubuh.

Dengan demikian peserta didik sebagai perawat, harus mampu dalam memberikan asuhan keperawatan pada gangguan eliminasi fekal dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut, 1) melakukan pengkajian, 2) merumuskan diagnosa, 3) melakukan intervensi, 4) memberikan beberapa tindakan dan 5) evaluasi.

## Tes 1

- 1) Defekasi adalah ....
  - A. Pengeluaran urine ke meatus eksterna
  - B. Proses pembentukan feses
  - C. Berkumpulnya feses di rektum
  - D. Pengeluaran feses dari anus
  - E. Proses terbentuknya gas pada colon
  
- 2) Tn Mora (20 Th) masuk di ruang IRD RS Labuang Baji dengan keluhan tidak BAB selama 2 minggu, keluhan lain yang dirasakan adalah pusing, dan mual, pada pemeriksaan fisik tampak adanya distensi abdomen dan terdengar bunyi tympani ketika diperkusi. Dari data menunjukkan bahwa Tn Mora mengalami ....
  - A. Konstipasi
  - B. Defekasi
  - C. Diare
  - D. Obstipasi
  - E. Inkontinensia Alvi
  
3. Apabila keadaan diatas tidak diatasi segera, maka dapat menimbulkan hal-hal dibawah ini ....
  - A. Feses akan terlumasi kembali oleh cairan usus
  - B. Penyerapan kembali zat-zat buangan yang bisa menimbulkan toksik pada otak
  - C. Feses akan tereliminasi oleh gerakan peristaltik usus
  - D. Refleks-refleks defekasi akan mengalami kerusakan
  - E. Dapat menimbulkan radang usus
  
- 4) Tindakan Keperawatan yang tidak tepat untuk mengatasi masalah Tn Mora adalah ....
  - A. Anjurkan minum air hangat setelah bangun tidur
  - B. Diet makanan tinggi serat
  - C. Latihan bowel training
  - D. Anjurkan melakukan aktivitas ringan sesuai kemampuan
  - E. Kolaborasi dengan tim medis untuk tindakan huknah
  
- 5) Kecepatan peristaltik usus ....
  - A. 1 – 5 x/menit
  - B. 5 – 35 x/menit
  - C. 5 – 45 x/menit
  - D. 10 – 25 x/menit
  - E. > 50 x/menit

- 6) Defekasi lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi encer disebut...
- A. Konstipasi
  - B. Defekasi
  - C. Diare
  - D. Flatus
  - E. Inkontinensia Alvi
- 7) Iritasi kolon menyebabkan peningkatan gelombang peristaltik usus yang melebihi proses absorpsi, keadaan ini mengakibatkan ....
- A. Feses tidak terbentuk
  - B. Feses mengering
  - C. Kesulitan mengeluarkan BAB
  - D. Frekuensi Pengeluaran feses meningkat dari biasanya dengan konsistensi encer
  - E. Defekasi normal
- 8) Eliminasi BAB dipengaruhi oleh faktor-faktor, *kecuali* ....
- A. Intake cairan
  - B. Aktivitas fisik
  - C. Diet
  - D. Gaya hidup
  - E. Pola Makan

## Topik 2

### Proses Keperawatan

Ada lima langkah yang harus anda pahami dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan eliminasi meliputi pengkajian, rumuskan diagnose keperawatan, intervensi dan implementasi dan evaluasi

#### A. PENGKAJIAN

Peserta didik dalam melakukan pengkajian harus menggerakkan semua indra dan tenaga untuk melakukan pengkajian secara cermat baik melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik untuk mengali data yang akurat.

##### 1. Riwayat Keperawatan

Tanyakan pada pasien tentang kebiasaan atau pola defikasi seperti frekuensi, waktunya, perilaku defikasi, seperti penggunaan laksatif, kapan berakhir BAB, karakteristik feses seperti: warna bau dan tekstur, diet yang biasa dimakan dan yang dihindari, cairan yang di minum baik jenis maupun jumlah, aktivitas yang dilakukan, penggunaan obat-obatan, stres yang berkepanjangan dan riwayat pembedahan dan penyakit.

##### 2. Pemeriksaan Fisik

Periksalah pasien pada abdomen apakah terjadi distensi, simetris, gerakan peristaltik dan adanya massa pada perut, sedangkan pada rectum dan anus meliputi tanda-tanda inflamasi, perubahan warna, lesi fistula, hemorraid dan adanya massa.

##### 3. Keadaan Feses

Lakukan identifikasi feses meliputi konsistensi, bentuk, bau, warna, jumlah dan unsur abnormal. Warna: bayi (kuning), dewasa (coklat). Bau : khas, tergantung dari tipe makanan. Konsistensi: padat, lunak. Frekuensi: tergantung individunya, biasanya bayi (4-6 kali sehari), bayi PASI (1-3 kali sehari), dewasa (1-3 kali per minggu). Jumlah: 150 gram sehari (dewasa). Ukuran: tergantung diameter rectum.

##### 4. Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostic

Endoskopi, protoksigmoidodkopi merupakan prosedur pemeriksaan dengan memasukan alat ke dalam cerna bagian bawah untuk mengevaluasi kolon dan sekum terhadap peradangan, perdarahan dan diare.



## **B. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

### **Diagnosa Keperawatan 1**

Konstipasi (aktual atau risiko)

Definisi: Seorang mengalami perubahan pola defekasi dengan karakteristik penurunan frekuensi buang air besar dan feses yang keras, kemungkinan penyebabnya (berhubungan dengan): immobilisasi, aktivitas menurun, ileus, stress, mobilisasi intestinal menurun dan pembatasan diet, kemungkinan klien mengalami, anemi, hipotiroidisme, dialysis ginjal, pembedaan, paralisis, cedera spinal cord, kemungkinan tanda-tanda yang ditemukan pada klien: bising usus menurun, mual, nyeri abdomen, massa pada abdomen kiri bawah, perubahan konsistensi feses, frekuensi BAB.

Tujuan yang diharapkan :

Pasien kembali ke pola normal dari fungsi bowel dan perubahan pola hidup untuk menurunkan faktor penyebab konstipasi, kriteria

Evaluasi: konsistensi feces lunak, pola defekasi normal, distensi abdomen tidak ada, flatus, defekasi nyaman.

## **C. INTERVENSI**

### **1. Intervensi**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Monitor keadaan bladder setiap 2 jam. dan kolaborasi dalam <i>bladder training</i>	1. Tingkatkan kekuatan otot bladder
2. Hindari faktor pencetus inkontinensia urine seperti cemas	2. Mengurangi atau menghindari inkontinensia
3. Kolaborasi dengan dokter dalam pengobatan dan kateterisasi	3. Menghindari faktor penyebab
4. Berikan penjelasan tentang: pengobatan, kateter, penyebab dan tindakan lainnya	4. Meningkatkan pengetahuan dan pasien lebih kooperatif

### **2. Implementasi**

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah di susun.

### **3. Kriteria evaluasi**

Setelah membantu untuk klien lakukan evaluasi : Klien mampu mengontrol pengeluaran bladder setiap 4 jam, tanda dan gejala inkontinensian urine berkurang atau tidak ada.

## Diagnosa Keperawatan II

Retensi urine :

Definisi: Kondisi di mana seseorang tidak mampu mengosongkan bladder secara tuntas.

Kemungkinan penyebab (berhubungan dengan) : Obtruksi mekanik, pembesaran prostat, trauma, pembedahan, kehamilan.

Kemungkinan klien mengalami (data yang ditemukan): tidak tuntasnya pengeluaran urine, distensi bladder, hipertropi prostat, kanker, infeksi saluran kemih, pembesaran besar abdomen.

### 1. Intervensi

Intervensi	Rasional
1. Monitor keadaan bladder setiap 2 jam	1. Menentukan masalah
2. Ukur intake dan output cairan setiap 4 jam	2. Memonitor keseimbangan cairan
3. Berikan cairan 2.000 ml/hari dengan kolaborasi	3. Menjaga defisit cairan
4. Kurangi minum setelah jam 6 malam	4. Mencegah nokturia
5. Kaji dan monitor analisis urine elektrolit dan berat badan	5. Membantu keseimbangan cairan dan membantu mengembalikan energi
6. Lakukan latihan pergerakan dan lakukan relaksasi ketika duduk berkemih	6. Memperkuat fungsi bladder dan memperkuat otot pelvis
7. Kolaborasi dalam pemasangan kateter	7. Mengeluarkan urine

### 2. Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah di susun.

### 3. Implementasi

Setelah membantu untuk klien lakukan evaluasi: Klien mampu mengontrol pengeluaran bladder setiap 4 jam, tanda dan gejala retensi urine tidak ada.

## Latihan

### Kasus

Seseorang klien laki-laki, berumur 35 tahun, dirawat di ruang perawatan interne karena buang air besar terus menerus, dan mengeluh sakit perut terutama setiap buang air besar, frekuensi BAB 8-12 kali / hari , feses cair dan mengandung darah. Hasil pemeriksaan tensi

130/90 mmhg, nadi 80 X/menit, intake cairan 200 ml/perhari dan tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi.

*Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Pelajarilah kasus di bawah ini dengan cermat.
- 2) Susunlah dasar teori yang mendasari kasus tersebut
- 3) Susunlah asuhan keperawatan yang sesuai kasus tersebut dengan langkah-langkah sebagai berikut (a) lengkapi data pengkajian yang dibutuhkan, (b) tentukan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, (c) susun rencana keperawatan dan rasionalnya, dan (d) susun kriteria evaluasi.
- 4) Kerjakan tugas ini setelah proses pembelajaran pada Bab 5 ini selesai, kemudian peserta didik melakukan konsultasi 1 kali kepada dosen atau fasilitator.
- 5) Dosen atau fasilitator untuk memberikan umpan balik kepada peserta didik.

Penilaian:

	<b>Aspek</b>	<b>Bobot</b>
1.	Dasar teori terjadinya masalah	15 %
2.	Pengkajian secara relewan dan akurat	20 %
3.	Merumuskan diagnosa (prioritas sesuai dan unsur diagnosa)	20 %
4.	Perencanaan tindakan (tujuan, rencana dan rasional)	30 %
5.	Tindakan ( berada pada Bab 11)	
6.	Kriteria evaluasi	15 %

## **Ringkasan**

Saudara telah mempelajari modul tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine. Dengan demikian saudara sebagai perawat telah menguasai kompetensi untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi urine. Hal-hal yang penting yang sudah saudara pelajari dalam modul ini adalah sebagai berikut.

Tidak selamanya eliminasi urine berjalan lancar, kadang mengalami gangguan atau hambatan yang bisa disebabkan oleh faktor fisik, psikologis, sosialkultural, penyakit dan lain-lain. Gangguan eliminasi yang sering terjadi adalah inkontenensia, retensi urine, dan lain-lain. Masalah-masalah yang terjadi pada gangguan eliminasi urine harus segera ditanggulangi karena akan berdampak pada gangguan homeostasis tubuh. Dengan demikian sisa hasil metabolisme tubuh yang berupa urine merupakan kotoran yang bersifat toksin sehingga bisa meracuni apabila tidak segera dikeluarkan dari tubuh.

Dengan demikian peserta didik sebagai perawat, harus mampu dalam memberikan asuhan keperawatan pada gangguan eliminasi urine dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut (1) melakukan pengkajian, (2) merumuskan diagnosa, (3) melakukan intervensi, (4) memberikan beberapa tindakan, dan (5) evaluasi.

## Tes 2

### Kasus

Seorang laki-laki, umur 58 tahun dirawat di ruang bedah karena menderita pembesaran prostat. Laki-laki tersebut kesakitan setiap kali buang air kecil, sehingga laki-laki tersebut menahan kecing. Laki-laki tersebut merasa tidak tuntas pengeluaran urine meskipun baru kecing, Hasil pemeriksaan Tensi 130/90 mmhg, nadi 80 kali/menit, intake cairan 200 ml/perhari, kencing sedikit.

- 1) Masalah keperawatan terjadi pada klien dengan gejala kencing sedikit-sedikit, kandung kemih penuh dan merasa kencing tidak tuntas adalah ....
  - A. retensio urine
  - B. enuresis
  - C. inkontinensia urine
  - D. poliuria
  
- 2) Tujuan intervensi pada klien dengan inkontinensia urine adalah ....
  - A. klien dapat mengontrol pengeluaran urine secara bertahap
  - B. klien tidak dapat mengontrol pengeluaran urine secara bertahap
  - C. klien terjadi peningkatan pengeluaran urine
  - D. klien menunjukkan pengeluaran urine lebih sering
  
- 3) Perawat melakukan bladder training pada klien dengan inkontinensia urine, dengan tujuan ....
  - A. meningkatkan pengeluaran urine
  - B. menguatkan otot dasar pelvis
  - C. menurunkan otot dasar pelvis
  - D. menurunkan kekuatan otot bladder
  
- 4) Perawat harus selalu memonitor setiap 2 keadaan bladder klien dengan retensio urine, dengan tujuan ....
  - A. mengeluarkan urine
  - B. mencegah penurunan bladder
  - C. meningkatkan fungsi bladder
  - D. mencegah distensi bladder
  
- 5) Intervensi perawat pada klien dengan retensio urine adalah kolaborasi ....
  - A. kolaborasi pemasangan kateter
  - B. kolaborasi pembatasan cairan
  - C. kolaborasi bladder training
  - D. kolaborasi pemberian diet

## Kunci Jawaban Tes

### Tes 1

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

### Tes 2

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

### TUGAS MANDIRI :

#### Kasus 1

Seseorang klien laki-laki, berumur 35 tahun, dirawat di ruang perawatan interne karena buang air besar terus menerus, dan mengeluh sakit perut terutama setiap buang air besar, frekuensi BAB 8-12 kali/ hari , feses cair, mengandung darah, . Hasil pemeriksaan Tensi 130/90 mmhg, nadi 80 kali/menit, intake cairan 200 ml/perhari dan tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi.

#### Petunjuk :

1. Pelajarilah kasus di bawah ini dengan cermat.
2. Susunlah dasar teori yang mendasari kasus tersebut
3. Susunlah asuhan keperawatan yang sesuai kasus tersebut dengan langkah-langkah sebagai berikut, 1) Lengkapi data pengkajian yang dibutuhkan, 2) tentukan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, 3) Susun rencana keperawatan dan rasionalnya, 4) Susun kreteria evaluasi
4. Kerjakan tugas ini setelah proses pembelajaran pada topik 2 ini selesai, kemudian peserta didik melakukan konsultasi 1 kali kepada dosen atau fasilitator.
5. Dosen atau fasilitator untuk memberikan umpan balik kepada peserta didik.

## ✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

### Penilaian:

	<b>Aspek</b>	<b>Bobot</b>
1.	Dasar teori terjadinya masalah	15%
2.	Pengajian secara relewan dan akurat	20%
3.	Merumuskan diagnosa (prioritas sesuai dan unsur diagnosa)	20%
4.	Perencanaan tindakan (tujuan, rencana dan rasional)	30%
5.	Tindakan (berada pada modul 5)	
6.	Kreteria evaluasi	15%

### Umpan balik

Setelah Anda menguasai materi pada Bab 5 ini, kegiatan belajar anda berikutnya adalah praktikum: Prosedur tindakan pemenuhan kebutuhan elemeniasi (Pembelajaran Bab 11).

## **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.
- Elkin, et al. 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Second Ed.
- Kozier, B. 1995. *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*. California: Addison Wesley.
- Perry,at al. 2005. *Keterampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: Kedokteran, 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.