

Program Studi
Sarjana Terapan Kebidanan



MODUL 1

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA**

VISI

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

MISI

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

MODUL 1
BAHAN AJAR CETAK
KEBIDANAN

**KEBUTUHAN
DASAR
MANUSIA**

BAB VII: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN ISTIRAHAT DAN TIDUR	142
Topik 1.	
Konsep Tidur	143
Latihan	148
Ringkasan	149
Tes 1	149
Topik 2.	
Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur	150
Latihan	152
Ringkasan	153
Tes 2	153
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	155
DAFTAR PUSTAKA	156
BAB VIII: ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS	158
Topik 1.	
Konsep Dasar Statistika Inferensial	160
Latihan	162
Ringkasan	162
Tes 1	162
Topik 2.	
Konsep Dasar Imobilisasi	164
Latihan	166
Ringkasan	166
Tes 2.....	167
Topik 3.	
Proses Keperawatan	168
Ringkasan	169
DAFTAR PUSTAKA	170
DAFTAR PUSTAKA	171

BAB IX: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN	173
Topik 1.	
Konsep Dasar Keamanan dan Keselamatan	174
Latihan	187
Ringkasan	187
Tes 1	187
Topik 2.	
Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Keamanan dan Kenyamanan	189
Latihan	190
Ringkasan	191
Tes 2	191
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	192
DAFTAR PUSTAKA	193

BAB VII

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN ISTIRAHAT DAN TIDUR

PENDAHULUAN

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, tubuh baru dapat berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur sendiri memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Secara umum, istirahat berarti suatu keadaan tenang, rileks, santai, tanpa tekanan emosional, dan bebas dari perasaan gelisah.

Setiap orang membutuhkan istirahat dan tidur agar dapat mempertahankan status kesehatan pada tingkat yang optimal. Selain itu proses tidur dapat memperbaiki berbagai sel dalam tubuh.

Pemenuhan istirahat dan tidur sangat diperlukan terutama bagi orang yang sedang sakit agar lebih cepat memperbaiki kerusakan pada sel. Apabila kebutuhan istirahat dan tidur cukup, maka jumlah energi yang diharapkan untuk memulihkan status kesehatan dan mempertahankan kegiatan dalam kehidupan sehari-hari terpenuhi. Selain itu orang yang mengalami kelelahan juga membutuhkan istirahat dan tidur lebih dari biasanya.

Ketika orang beristirahat, biasanya mereka merasa relaks secara mental, bebas dari kecemasan dan tenang secara fisik. Istirahat tidak berarti tanpa aktivitas, meskipun setiap orang sering berpikir tentang hal itu seperti duduk di kursi yang nyaman atau berbaring di tempat tidur. Ketika orang beristirahat mereka berada pada aktivitas mental dan fisik yang menyegarkan, mereka kembali bergairah dan siap untuk menyelesaikan aktivitas hari itu. Setiap orang memiliki kebiasaan mereka sendiri untuk memperoleh istirahat dan menemukan cara-cara untuk menyesuaikan sebaik mungkin dengan lingkungan yang baru atau kondisi yang mempengaruhi kondisi istirahat.

Tidur adalah suatu keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu. Jika orang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya telah pulih kembali. Beberapa ahli tidur yakin bahwaperasaan tenaga yang pulih ini menunjukkan bahwa tidur memberikan waktu untuk perbaikan dan penyembuhan sistem tubuh untuk periode keterjagaan yang berikutnya.

Topik 1

Konsep Tidur

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, tubuh baru dapat berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur sendiri memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Secara umum, istirahat berarti suatu keadaan tenang, rileks, santai, tanpa tekanan emosional, dan bebas dari perasaan gelisah. Jadi, beristirahat bukan berarti tidak melakukan aktivitas sama sekali. Terkadang, berjalan-jalan di taman juga bisa dikatakan sebagai suatu bentuk istirahat.

Sedangkan tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur dikarakteristikan dengan aktivitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, perubahan proses fisiologis tubuh, dan penurunan respons terhadap stimulus eksternal. Tidur dapat memulihkan atau mengistirahatkan fisik setelah seharian beraktivitas, mengurangi stress dan kecemasan, serta dapat meningkatkan kemampuan dan konsentrasi saat hendak melakukan aktivitas sehari-hari. Kesempatan untuk istirahat dan tidur sama pentingnya dgn kebutuhan makan, aktivitas maupun kebutuhan dasar lainnya.

A. PENGERTIAN

1. Istirahat

Keadaan tenang, relaks, tanpa tekanan emosional dan bebas dari perasaan gelisah.

Istirahat bukan berarti tidak melakukan aktivitas sama sekali, tapi juga kondisi yang membutuhkan ketenangan. Terkadang, jalan-jalan di taman, nonton tv, dan sebagainya juga dapat dikatakan sebagai bentuk istirahat. Keadaan istirahat berarti berhenti sebentar untuk melepaskan lelah, bersantai untuk menyegarkan diri, atau suatu keadaan untuk melepaskan diri dari segala hal yang membosankan, menyulitkan bahkan menjengkelkan (Alimul, 2006).

a. Karakteristik istirahat

Terdapat beberapa karakteristik istirahat, misalnya Narrow (1967), yang dikutip Perry dan Potter 1993, (dalam Alimul 2006), mengemukakan ada 6 karakteristik, yaitu:

- 1) merasakan bahwa segala sesuatunya dapat diatasi;
- 2) merasa diterima;
- 3) mengetahui apa yang sedang terjadi;
- 4) bebas dari gangguan ketidaknyamanan;
- 5) mempunyai sejumlah kepuasan terhadap aktivitas yang mempunyai tujuan;
- 6) mengetahui adanya bantuan sewaktu memerlukan.

b. Meningkatkan istirahat

Banyak faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk memperoleh istirahat yang cukup. Dalam kesehatan komunitas dan rumah, perawat membantu klien mengembangkan perilaku istirahat dan relaksasi. Hal ini mencakup saran-saran perubahan lingkungan atau kebiasaan gaya hidup tertentu. Sebagai contoh: perhatian yang tidak mencukupi terhadap kebutuhan tidur diantara pekerja dewasa adalah masalah utama dalam masyarakat kita.

2. Tidur

Status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun.

Tidur juga dikatakan merupakan keadaan tidak sadar dimana individu dapat dibangunkan oleh stimulus atau sensoris yang sesuai (Guyton, 1986 dalam Alimul 2006), atau juga dapat dikatakan sebagai keadaan tidak sadarkan diri yang relatif, bukan hanya keadaan penuh ketenangan tanpa kegiatan, tetapi lebih merupakan suatu urutan siklus yang berulang, dengan ciri adanya aktivitas yang minimum, memiliki kesadaran yang bervariasi, terdapat perubahan proses fisiologis dan terjadi penurunan respons terhadap rangsangan dari luar.

Nah.. teman-teman bisa membedakan kan...antara istirahat dan tidur? Bisa dikatakan kalau orang istirahat itu tidak selalu tidur namun kalau orang tidur pasti istirahat. Untuk lebih jelasnya mari kita lanjutkan pembahasan kita ke bagaimana kita bisa tidur dalam fisiologi tidur.

B. FISILOGI TIDUR

Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua system pada batang otak, yaitu: *Reticular Activating System (RAS)* dan *Bulbar Synchronizing Region (BSR)*. RAS di bagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran, memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensori raba serta emosi dan proses berfikir. Pada saat sadar, RAS melepaskan katekolamin, sedangkan pada saat tidur terjadi pelepasan serum serotonin dari BSR. (Hidayat, 2008).

Ritme Sirkadian

Setiap makhluk hidup memiliki bioritme (jam biologis) yang berbeda. Pada manusia, bioritme ini dikontrol oleh tubuh dan disesuaikan dengan faktor lingkungan (misalnya: cahaya, kegelapan, gravitasi dan stimulus elektromagnetik). Bentuk bioritme yang paling umum adalah ritme sirkadian yang melingkupi siklus selama 24 jam. Dalam hal ini, fluktuasi denyut jantung, tekanan darah, temperature, sekresi hormon, metabolisme dan penampilan serta perasaan individu bergantung pada ritme sirkadiannya.

Tidur adalah salah satu irama biologis tubuh yang sangat kompleks. Sinkronisasi sirkadian terjadi jika individu memiliki pola tidur-bangun yang mengikuti jam biologisnya. Individu akan bangun pada saat ritme fisiologis paling tinggi atau paling aktif dan akan tidur pada saat ritme tersebut paling rendah.

C. TAHAPAN TIDUR

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan bantuan alat elektroensefalogram (EEG), elektro-okulogram (EOG), dan elektrokardiogram (EMG), diketahui ada dua tahapan tidur, yaitu *non-rapid eye movement* (NREM) dan *rapid eye movement* (REM). (Asmadi, 2008).

1. Tidur NREM

Tidur NREM disebut juga sebagai tidur gelombang-pendek karena gelombang otak yang ditunjukkan oleh orang yang tidur lebih pendek daripada gelombang alfa dan beta yang ditunjukkan orang yang sadar. Pada tidur NREM terjadi penurunan sejumlah fungsi fisiologi tubuh. Di samping itu, semua proses metabolic termasuk tanda-tanda vital, metabolisme, dan kerja otot melambat. Tidur NREM sendiri terbagi atas 4 tahap (I-IV). Tahap I-II disebut sebagai tidur ringan (*light sleep*) dan tahap III-IV disebut sebagai tidur dalam (*deep sleep* atau *delta sleep*).

2. Tidur REM

Tidur REM biasanya terjadi setiap 90 menit dan berlangsung selama 5-30 menit. Tidur REM tidak senyenyak tidur NREM, dan sebagian besar mimpi terjadi pada tahap ini. Selama tidur REM, otak cenderung aktif dan metabolismenya meningkat hingga 20%. Pada tahap individu menjadi sulit untuk dibangunkan atau justru dapat bangun dengan tiba-tiba, tonus otot terdepresi, sekresi lambung meningkat, dan frekuensi jantung dan pernapasan sering kali tidak teratur.

Selama tidur, individu melewati tahap tidur NREM dan REM. Siklus tidur yang komplet normalnya berlangsung selama 1,5 jam, dan setiap orang biasanya melalui empat hingga lima siklus selama 7-8 jam tidur. Siklus tersebut dimulai dari tahap NREM yang berlanjut ke tahap REM. Tahap NREM I-III berlangsung selama 30 menit, kemudian diteruskan ke tahap IV selama \pm 20 menit. Setelah itu, individu kembali melalui tahap III dan II selama 20 menit. Tahap I REM muncul sesudahnya dan berlangsung selama 10 menit.

D. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUANTITAS DAN KUALITAS TIDUR

Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur, di antaranya adalah penyakit, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stress emosional, stimulan dan alkohol, diet, merokok, dan motivasi.

Selanjutnya mari kita bahas faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur.

1. Penyakit

Penyakit dapat menyebabkan nyeri atau distress fisik yang dapat menyebabkan gangguan tidur. Sakit dapat mempengaruhi kebutuhan tidur seseorang. Banyak penyakit

yang memperbesar kebutuhan tidur, misalnya penyakit yang disebabkan oleh infeksi, namun banyak juga penyakit yang menjadikan klien kurang atau bahkan tidak bisa tidur, misalnya nyeri habis operasi.

Individu yang sakit membutuhkan waktu tidur yang lebih banyak daripada biasanya di samping itu, siklus bangun-tidur selama sakit juga dapat mengalami gangguan.

2. Lingkungan

Faktor lingkungan dapat membantu sekaligus menghambat proses tidur. Tidak adanya stimulus tertentu atau adanya stimulus dapat menghambat upaya tidur. Sebagai contoh, temperatur yang tidak nyaman atau ventilasi yang buruk dapat mempengaruhi tidur seseorang. Akan tetapi, seiring waktu individu bisa beradaptasi dan tidak lagi terpengaruh dengan kondisi tersebut.

3. Latihan dan Kelelahan

Kondisi tubuh yang lelah dapat mempengaruhi pola tidur seseorang. Semakin lelah seseorang, semakin pendek siklus tidur REM yang dilaluinya. Setelah beristirahat biasanya siklus REM akan kembali memanjang.

4. Gaya Hidup

Individu yang sering berganti jam kerja harus mengatur aktivitasnya agar bisa tidur pada waktu yang tepat.

5. Stress Emosional

Ansietas dan depresi sering kali mengganggu tidur seseorang. Kondisi ansietas dapat meningkatkan kadar norepinfrin darah melalui stimulasi system saraf simapatis. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya siklus tidur NREM tahap IV dan tidur REM serta seringnya terjaga saat tidur.

6. Stimulant dan Alkohol

Kafein yang terkandung dalam beberapa minuman dapat merangsang susunan syaraf pusat (SSP) sehingga dapat mengganggu pola tidur. Sedangkan konsumsi alkohol yang berlebihan dapat mengganggu siklus tidur REM. Ketika pengaruh alkohol telah hilang, individu sering kali mengalami mimpi buruk.

7. Diet

Penurunan berat badan dikaitkan dengan penurunan waktu tidur dan seringnya terjaga di malam hari. Sebaliknya, penambahan berat badan dikaitkan dengan peningkatan total tidur dan sedikitnya periode terjaga di malam hari.

8. Merokok

Nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki efek stimulasi pada tubuh. Akibatnya, perokok sering kali kesulitan untuk tidur dan mudah terbangun di malam hari.

9. Medikasi

Obat-obatan tertentu dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Hipnotik dapat mengganggu tahap III dan IV tidur NREM, metabloker dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk, sedangkan narkotik (misalnya: meperidin hidroklorida dan morfin (yang biasanya di gunakan dalam pengobatan saat perang)) diketahui dapat menekan tidur REM dan menyebabkan seringnya terjaga di malam hari.

10. Motivasi

Keinginan untuk tetap terjaga terkadang dapat menutupi perasaan lelah seseorang. Sebaliknya, perasaan bosan atau tidak adanya motivasi untuk terjaga sering kali dapat mendatangkan kantuk.

11. Lingkungan

Keadaan lingkungan yang aman dan nyaman bagi seseorang dapat mempercepat terjadinya proses tidur.

Jadi ada 11 faktor yang dapat mempengaruhi seseorang dalam proses tidurnya, bila kita hubungkan dengan klien di masyarakat, disini akan membantu kita menentukan asuhan keperawatan apabila menemukan klien yang datang dengan gangguan tidur.

E. GANGGUAN TIDUR YANG UMUM TERJADI

1. Insomnia

Insomnia adalah ketidakmampuan memenuhi kebutuhan tidur, baik secara kualitas maupun kuantitas. Gangguan tidur ini umumnya ditemui pada individu dewasa. Penyebabnya bisa karena gangguan fisik atau karena faktor mental seperti perasaan gundah atau gelisah.

Ada tiga jenis insomnia:

- a. Insomnia inisial: Kesulitan untuk memulai tidur.
- b. Insomnia intermiten: Kesulitan untuk tetap tertidur karena seringnya terjaga.
- c. Insomnia terminal: Bangun terlalu dini dan sulit untuk tidur kembali.

Beberapa langkah yang bisa dilakukan untuk mengatasi insomnia antara lain dengan mengembangkan pola tidur-istirahat yang efektif melalui olahraga rutin, menghindari rangsangan tidur di sore hari, melakukan relaksasi sebelum tidur (misalnya: membaca, mendengarkan musik, dan tidur jika benar-benar mengantuk).

2. Parasomnia

Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Gangguan ini umum terjadi pada anak-anak. Beberapa turunan parasomnia antara lain sering terjaga (misalnya: tidur berjalan, *night terror*), gangguan transisi bangun-tidur

(misalnya: mengigau), parasomnia yang terkait dengan tidur REM (misalnya: mimpi buruk), dan lainnya (misalnya: bruksisme).

3. Hipersomnia

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur yang berlebihan terutama pada siang hari. Gangguan ini dapat disebabkan oleh kondisi tertentu, seperti kerusakan system saraf, gangguan pada hati atau ginjal, atau karena gangguan metabolisme (misalnya: hipertiroidisme). Pada kondisi tertentu, hipersomnia dapat digunakan sebagai mekanisme koping untuk menghindari tanggung jawab pada siang hari.

4. Narkolepsi

Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tak tertahankan yang muncul secara tiba-tiba pada siang hari. Gangguan ini disebut juga sebagai “serangan tidur” atau *sleep attack*. Penyebab pastinya belum diketahui. Diduga karena kerusakan genetik system saraf pusat yang menyebabkan tidak terkendali lainnya periode tidur REM. Alternatif pencegahannya adalah dengan obat-obatan, seperti: amfetamin atau metilpenidase, hidroklorida, atau dengan antidepresan seperti imipramin hidroklorida.

5. Apnea Saat Tidur dan Mendengkur

Apnea saat tidur atau sleep adalah kondisi terhentinya nafas secara periodik pada saat tidur. Kondisi ini diduga terjadi pada orang yang mengorok dengan keras, sering terjaga di malam hari, insomnia, mengatup berlebihan pada siang hari, sakit kepala di siang hari, iritabilitas, atau mengalami perubahan psikologis seperti hipertensi atau aritmia jantung. Mendengkur sendiri disebabkan oleh adanya rintangan dalam pengaliran udara di hidung dan mulut pada waktu tidur, biasanya disebabkan oleh adenoid, amandel atau mengendurnya otot di belakang mulut.

6. Enuresa

Enuresa merupakan buang air kecil yang tidak disengaja pada waktu tidur, atau biasa disebut istilah mengompol. Enuresa dibagi menjadi dua jenis: enuresa nokturnal: merupakan amengompol di waktu tidur, dan enuresa diurnal, mengompol saat bangun tidur. Enuresa nokturnal umumnya merupakan gangguan pada tidur NREM.

Latihan

Sebutkan tanda gejala pasien mengalami insomia?

Ringkasan

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, tubuh baru dapat berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur sendiri memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Tidur adalah suatu keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu. Jika orang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya telah pulih kembali.

Tes 1

- 1) Perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur, disebut ?
 - A. Parasomnia
 - B. Hipersomnia
 - C. Insomnia
 - D. Narkolepsi
 - E. Enuresa

- 2) Perilaku pada pertanyaan no 1 diderita oleh
 - A. anak-anak
 - B. remaja
 - C. dewasa muda
 - D. dewasa tengah
 - E. lanjut usia

- 3) Pasien yang mengalami hipersomnia adalah pasien dengan penyakit, *kecuali*
 - A. hipotiroidisme
 - B. hipertiroidisme
 - C. CKD
 - D. sirosis
 - E. hepatitis

Topik 2

Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur

Ada 5 langkah yang harus kita lakukan dalam memberikan asuhan keperawatan, yaitu:

1. Pengkajian

Aspek yang perlu dikaji pada klien untuk mengidentifikasi mengenai gangguan kebutuhan istirahat dan tidur meliputi pengkajian mengenal:

a. Riwayat tidur

- 1) Pola tidur, seperti jam berapa klien masuk kamar untuk tidur, jam berapa biasa bangun tidur, dan keteraturan pola tidur klien;
- 2) Kebiasaan yang dilakukan klien menjelang tidur, seperti membaca buku, buang air kecil, dan lain-lain;
- 3) Gangguan tidur yang sering dialami klien dan cara mengatasinya;
- 4) Kebiasaan tidur siang; apakah klien biasa tidur siang? Jam berapa? Berapa lama?
- 5) Lingkungan tidur klien. Bagaimana kondisi lingkungan tidur apakah kondisinya bising, gelap, atau suhunya dingin? dan lain lain;
- 6) Peristiwa yang baru dialami klien dalam hidup. Perawat mempelajari apakah peristiwa, yang dialami klien, yang menyebabkan klien mengalami gangguan tidur?;
- 7) Status emosi dan mental klien. Status emosi dan mental memengaruhi terhadap kemampuan klien untuk istirahat dan tidur. Perawat perlu mengkaji mengenai status emosional dan mental klien, misalnya apakah klien mengalami stres emosional atau ansietas?, juga dikaji sumber stres yang dialami klien.

b. Perilaku deprivasi tidur yaitu manifestasi fisik dan perilaku yang timbul sebagai akibat gangguan istirahat tidur, seperti:

- 1) Penampilan wajah, misalnya adakah area gelap di sekitar mata, bengkak di kelopak mata, konjungtiva kemerahan, atau mata yang terlihat cekung;
- 2) Perilaku yang terkait dengan gangguan istirahat tidur, misalnya apakah klien mudah tersinggung, selalu menguap, kurang konsentrasi, atau terlihat bingung;
- 3) Kelelahan, misalnya apakah klien tampak lelah, letih, atau lesu.

c. Gejala Klinis

Gejala klinis yang mungkin muncul: perasaan lelah, gelisah, emosi, apatis, adanya kehitaman di daerah sekitar mata bengkak, konjungtiva merah dan mata perih, perhatian tidak fokus, sakit kepala.

d. Penyimpangan Tidur

Kaji penyimpangan tidur seperti insomnia, somnambulisme, enuresis, narkolepsi, *night terrors*, mendengkur, dan lain-lain.

- e. Pemeriksaan fisik
 - 1) Tingkat energi, seperti terlihat kelelahan, kelemahan fisik, terlihat lesu.
 - 2) Ciri-ciri diwajah, seperti mata sipit, kelopak mata sembab, mata merah, semangat.
 - 3) Ciri-ciri tingkah laku, seperti oleng/ sempoyongan, menggosok-gosok mata, bicara lambat, sikap loyo.
 - 4) Data penunjang yang menyebabkan adanya masalah potensial, seperti obesitas, deviasi septum, TD rendah, RR dangkal dan dalam.

f. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin ditemukan pada klien dengan gangguan pemenuhan istirahat tidur menurut Asmadi (2008), antara lain:

- 1) Gangguan pola tidur disebabkan karena ansietas yang klien, lingkungan yang tidak kondusif untuk tidur (misalnya, lingkungan yang bising), ketidakmampuan mengatasi stres yang dialami, dan nyeri akibat penyakit yang diderita, Insomnia, hiperinsomnia, kehilangan tidur REM, ketakutan.
- 2) Perubahan proses berpikir disebabkan oleh terjadinya deprivasi tidur.
- 3) Gangguan harga diri terutama diatami pada klien yang mengalami enuresis.
- 4) Risiko cedera terutama pada klien yang menderita somnambulisme. Klien melakukan aktivitas tanpa disadari sehingga berisiko terjadinya kecelakaan, bisa berupa jatuh dari tempat tidur, turun tangga, atau membentur tembok.

2. Pemeriksaan diagnostik

- a. Elektroencefalogram (EEG).
- b. Elektromiogram (EMG).
- c. Elektrokulogram (EOG).

3. Intervensi

- a. Kaji masalah yang menyebabkan gangguan tidur (Nyeri, takut, stress, ansietas, imobilitas, sering berkemih, lingkungan yang asing, temperatur).
- b. Kurangi atau hilangkan distraksi lingkungan dan gangguan tidur (bising: tutup pintu kamar, turunkan volume TV).
- c. Bantu upaya tidur dengan menggunakan alat bantu tidur (mis., air hangat untuk mandi, minum susu sebelum tidur).
- d. Memberikan informasi dasar dalam menentukan rencana perawatan.
- e. Lingkungan yang tenang dapat mengurangi gangguan tidur.
- f. Mandi air hangat sebelum tidur dapat meningkatkan relaksasi. Sedangkan minum susu hangat mengandung L-triptofan (penginduksi tidur).

4. Implementasi

Dilakukan sesuai dengan intervensi dan kebutuhan klien.

5. Evaluasi

- S: Pasien mengatakan dapat tidur dalam jangka waktu 20-30 menit, pada waktu tidur tidak sering terbangun, jika terbangun akan mudah tidur kembali, meningkatnya waktu tidur sesuai yang diharapkan, mengingat kembali mimpi yang dialaminya, menyatakan perasaannya tenang sesudah tidur, bebas dari kecemasan dan depresi, dapat bekerja dengan baik dan penuh konsentrasi, klien dan keluarga mampu menjelaskan faktor-faktor yang dapat meningkatkan tidur
- O: klien tampak tenang saat di wawancarai setelah bangun tidur
- A: masalah teratasi
- P: intervensi dihentikan

Latihan

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, 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:

	Aspek	Bobot
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

Secara umum, istirahat berarti suatu keadaan tenang, rileks, santai, tanpa tekanan emosional, dan bebas dari perasaan gelisah. Tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur dikarakteristikan dengan aktivitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, perubahan proses fisiologis tubuh, dan penurunan respons terhadap stimulus eksternal. Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua sistem pada batang otak, yaitu *Reticular Activating System* (RAS) dan *Bulbar Synchronizing Region* (BSR). RAS di bagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran, memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensorik, serta emosi dan proses berfikir. Tahapan tidur, yaitu non-rapid eye movement (NREM) dan rapid eye movement (REM).

Faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur, di antaranya adalah penyakit, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stress emosional, stimulan dan alkohol, diet, merokok, dan motivasi. Gangguan dalam tidur dapat berupa insomnia, parasomnia, hipersomnia, narkolepsi dan apnea.

Tes 2

- 1) Status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun adalah arti dari
 - A. istirahat
 - B. tidur
 - C. santai
 - D. rekreasi

- 2) Bp. U. 50 tahun, datang ke tempat anda mengeluh beberapa hari terakhir ini tidak bisa tidur, sering terbangun dan susah untuk tidur kembali. Bila melihat keluhan Bp. U, beliau mengalami gangguan tidur
 - A. insomnia
 - B. parasomnia
 - C. narkolepsi
 - D. somnambulisme

- 3) Tn. I, umur 60 tahun datang ke tempat anda karena merasa sakit di daerah kelamin, beliau seorang perokok, setelah diperiksa ternyata beliau juga mengalami BPH (benigne prostat hipertrophy). Beliau bertanya bagaimana caranya supaya bisa tidur nyenyak, karena beberapa hari tidak bisa tidur. Tindakan keperawatan yang anda lakukan
 - A. menjelaskan bahwa keadaannya yang menyebabkan gangguan tidur

✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

- B. mengajari klien supaya pada sore hari tidak usah tidur
 - C. memberikan obat perangsang tidur
 - D. menganjurkan untuk segera operasi
- 4) Seorang perokok biasanya mengalami gangguan tidur
- A. somnambulisme
 - B. narkolepsi
 - C. apnea tidur
 - D. insomnia
- 5) Seorang ibu datang ke tempat anda mengeluh anaknya tidak bisa tidur, hal apa yang akan Anda kaji
- A. kebiasaan tidur sama siapa?
 - B. lingkungan mendukung/tidak?
 - C. mainannya/boneka ada/hilang?
 - D. ada gangguan kondisi tubuh?

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) A
- 3) A

Tes 2

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

Daftar Pustaka

- Alman. 2000. *Fundamental & Advanced Nursing Skill*. Canada: Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U. 2005. *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elkin, et al. 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Aecond edt.
- Kozier, B. 1995. *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*. California: Addison Wesley.
- Perry,at al. 2005. *Keterampilan dan Prosedur Dasar Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Potter,P. 1998. *Fundamental of Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter & Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Priharjo, Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- S. Suarli dan Yanyan Bahtiar. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Erlangga Medical Series.
- Tarwoto Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi 3. 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.

✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

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 VIII

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS

Kasiati dan Ni Wayan Dwi Rosmalawati

PENDAHULUAN

Aktivitas adalah suatu keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan kehidupan. Tiap individu mempunyai pola atau irama dalam menjalani aktivitas. Salah satu tanda seseorang dikatakan sehat adalah adanya kemampuan orang tersebut melakukan aktivitas seperti bekerja, makan dan minum, personal hygiene, rekreasi, dan lain-lain. Dengan beraktivitas selain tubuh menjadi sehat, juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh seseorang.

Jika seseorang sakit atau terjadi kelemahan fisik sehingga kemampuan aktivitas menurun. Seseorang tersebut biasanya terjadi masalah fisik, psikologis dan tumbuh kembang, hal ini bisa berpengaruh pada masalah kesehatan seseorang. Selain menimbulkan dampak fisik, gangguan personal hygiene dapat pula berdampak pada gangguan pemenuhan kebutuhan psikososial dan nyaman yang sudah dibahas pada Bab 1.

Modul ini merupakan tuntunan dan landasan bagi peserta didik berfungsi sebagai pengantar untuk dapat mencapai kompetensi pada mata kuliah Kebutuhan Dasar Manusia I. Dengan harapan peserta didik sebagai perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas atau mobilisasi

Pembelajaran pada Bab 8 ini membahas tentang kebutuhan aktivitas klien baik yang mobilisasi dan imobilisasi terlebih dahulu, dan anda akan mempelajari konsep dasar mobilisasi dan imobilisasi dan asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas. Modul ini dikemas dalam dua kegiatan belajar yang bersifat *hard skill*, tetapi juga *soft skill*. Penggunaan Bab 8 ini, peserta didik dianggap sudah menguasai proses keperawatan dan ketrampilan seperti pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital yang sudah dipelajari pada Bab 1, 2, dan 3.

Setelah mempelajari modul ini peserta didik diharapkan akan dapat pada Topik 1 Konsep Dasar Aktivitas (Mobilisasi): (1) menjelaskan pengertian, (2) menjelaskan manfaat i, (3) menjelaskan mekanika tubuh, dan (4) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi pergerakan tubuh, sedangkan Topik: (1) menjelaskan pengertian imobilisasi, (2) menyebutkan alasan klien imobilisasi, (3) menganalisa dampak imobilisasi, dan (4) menyebutkan tingkat imobilisasi, dan Topik: (1) melakukan pengkajian dengan gangguan mobilisasi dan imobilisasi, (2) menyusun perencanaan dengan gangguan mobilisasi dan imobilisasi, (3) merumuskan diagnosa keperawatan dengan gangguan mobilisasi dan imobilisasi, dan (4) melaksanakan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan

✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

mobilisasi atau imobilisasi, (bab praktikum 12), dan (5) melakukan evaluasi pada gangguan mobilisasi dan imobilisasi perawatan aktivitas asuhan keperawatan pada klien gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas. Dengan harapan Anda sebagai perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan untuk membantu klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas seperti intoleransi aktivitas, hambatan gerak dan kelelahan. Dengan demikian perawat harus bisa melatih mekanik tubuh dengan benar, sehingga mencegah klien jatuh, tekanan fisik dan cedera.

Pendekatan yang diharapkan dalam pembelajaran bab ini adalah dengan desain pendekatan belajar mandiri dengan berbagai metode, dimana peserta didik dituntut secara aktif dalam proses pembelajaran untuk mencapai kompetensi yang diharapkan, sedangkan dosen sebagai fasilitator. Materi-materi yang memerlukan ketrampilan, metode yang akan dilakukan dengan simulasi dan demonstrasi. Oleh karena itu, secara bertahap lakukan evaluasi diri sendiri supaya bisa diketahui kemajuan belajar Anda, kalau perlu evaluasi diri anda dengan menunjukkan pada fasilitator, teman senior yang ada di dekat Anda.

Topik 1

Konsep Dasar Aktivitas

Sebanyak orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh manusia. Kemampuan aktivitas seseorang tidak terlepas dari keadekuatan sistem persarafan dan muskuloskeletal.

Pergerakan atau mekanik tubuh pada dasarnya adalah bagaimana menggunakan secara efektif, terkoordinasi, dan aman, sehingga menghasilkan gerakan yang baik dan keseimbangan selama beraktivitas.

Peran perawat sangat penting untuk mencegah terjadinya gangguan mekanik tubuh terutama pada klien yang mengalami tirah baring lama dan cedera dan lain-lain, hal ini dapat menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan tonus otot. Sehingga berdampak pada gangguan intoleransi aktivitas, hambatan mobilisasi, kelelahan, immobilisasi dan deficit perawatan diri. Dengan demikian perawat harus bisa melatih mekanik tubuh dengan benar, sehingga mencegah komplikasi klien seperti jatuh, tekanan fisik, cedera dan dampak immobilisasi.

Saudara harus mengetahui, (1) konsep dasar aktivitas (mobilisasi) terdiri dari: (a) menjelaskan pengertian, (b) menjelaskan manfaat, (c) menjelaskan mekanika tubuh, dan (d) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi pergerakan tubuh.

A. PENGERTIAN MOBILISASI

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak mengakibatkan seseorang menjadi ketergantungan dan membutuhkan tindakan keperawatan.

B. MANFAAT AKTIVITAS ATAU MOBILISASI

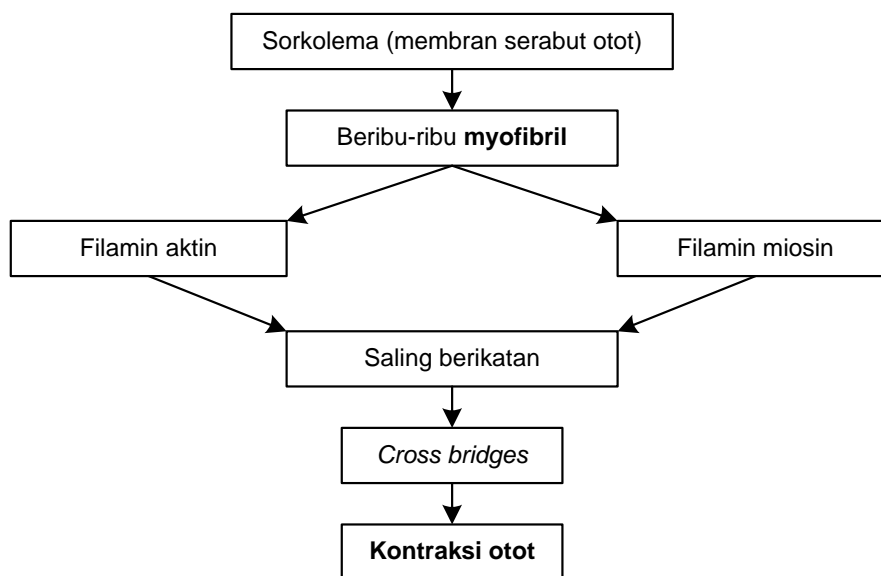
Manfaat dari gerakan tubuh antara lain, tubuh menjadi segar, memperbaiki tonus otot, mengontrol berat badan, merangsang peredaran darah, mengurangi stres, meningkatkan relaksasi, memperlambat proses penyakit (penyakit degeneratif), untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh), sedang untuk anak merangsang pertumbuhan.

C. KOORDINASI MEKANIK TUBUH

Mekanika tubuh (*body mechanic*) adalah penggunaan organ secara efisien dan efektif sesuai dengan fungsinya. Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara system muskuloskeletal dan system persarafan didalam tubuh. Komponen system muskuloskeletal melibatkan tulang, otot, tendon, ligamen, kartilago, dan sendi.

Tulang adalah jaringan dinamis, salah satu fungsinya menunjang jaringan tubuh dan membantu pergerakan. Sedang otot berfungsi untuk kontraksi dan membantu menghasilkan gerakan, mempertahankan postur tubuh, dan menghasilkan panas. Otot dipersarafi oleh saraf yang terdiri atas serabut motoris dari medulla spinal. Medula otak seperti korteks cerebri kanan mengatur otot-otot anggota gerak kiri dan sebaliknya.

Bagaimana Anda bisa bergerak, berikut ini mekanisme kontraksi otot: membran otot mengandung myofibril, kemudian pelepasan asetikolin. Akibatnya, pintu kalsium di retikulum sarkoplasma membuka dan melepaskan ion kalsium ke sitoplasma sel otot, lalu berikatan dengan troposin, kemudian membuka binding sites, terjadilah jembatan silang (*Cross bridges*), antara filamin aktin dan myosin. Selanjutnya dengan katalis enzim myosin-ATP ase terjadi hidrolisis ATP menjadi ADP + P + energy, sehingga terjadilah kontraksi.



Gambar 8.1. Kontraksi Otot

D. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI AKTIVITAS ATAU MOBILISASI

Contoh Kasus:

Apabila seseorang terjadi patah tulang, menderita penyakit atau cacat, dan lain-lain. seseorang tersebut akan mengalami masalah gangguan pergerakan (immobilisasi), apa lagi sampai klien tersebut selalu bedrest dalam waktu lama, hal ini bisa menyebabkan:

1. Klien mengalami atropi otot, dimana keadaan otot menjadi mengecil karena tidak terpakai dan pada akhirnya serabut otot diinfiltrasi dan diganti jaringan fibrosa dan lemak. Maka sebelum perawat membantu klien memenuhi kebutuhan aktivitas seperti ganti posisi atau berjalan, perawat harus mengkaji kekuatan otot. Langkah ini diambil untuk menurunkan risiko cedera tubuh.
2. Nekrosis (jaringan mati), terjadi trauma atau iskemia di mana proses regenerasi otot sangat minim.
3. Kontraktur sehingga body mechanic terganggu.

4. Beberapa faktor lain yang harus saudara ketahui antara lain:
 - a. Tingkat perkembangan tubuh: Usia seseorang mempengaruhi system muskuloskeletal dan persarafan, Untuk itu, dalam melakukan tindakan keperawatan untuk membantu memenuhi kebutuhan aktivitas, perawat harus memperhatikan aspek tumbuh kembang klien sesuai kebutuhan.
 - b. Kesehatan fisik: Seseorang dengan penyakit (gangguan musculoskeletal, gangguan kardiovaskuler, gangguan sistem respirasi), cacat tubuh dan imobilisasi akan dapat mengganggu pergerakan tubuh.
 - c. Keadaan nutrisi: Seseorang dengan nutrisi kurang, hal ini menyebabkan kelemahan dan kelelahan otot yang berdampak pada penurunan aktivitas dan pergerakan. Sebaliknya, hal yang sama terjadi pada kondisi nutrisi lebih (obesitas).
 - d. Status mental: Seseorang mengalami gangguan mental cenderung tidak antusias dalam mengikuti aktivitas , bahkan kehilangan energi untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene.
 - e. Gaya hidup: Seseorang dalam melakukan pola aktivitas sehari-hari dengan baik tidak akan mengalami hambatan dalam pergerakan, demikian juga sebaliknya.

Latihan

Jelaskan Proses terjadinya pergerakan otot ?

Ringkasan

Mobilisasi dan imobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Jenis mobilitas ada dua yaitu sebagai berikut mobilitas penuh dan mobilitas sebagian

Mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah gaya hidup, proses penyakit atau cedera, kebudayaan, tingkat energi, usia dan status perkembangan.

Tes 1

- 1) Keadaan otot menjadi mengecil karena tidak terpakai dan pada akhirnya serabut otot diinfiltrasi dan diganti jaringan fibrosa dan lemak, adalah keadaan yang disebut....
 - A. Atropi
 - B. Nekrosis
 - C. Imobilitas
 - D. Fraktur
 - E. Kontraktur

- 2) Trauma atau iskemia di mana proses regenerasi otot sangat minim, dan menyebabkan jaringan menghitam atau mati, disebut juga
- A. Atropi
 - B. Nekrosis
 - C. Imobilitas
 - D. Fraktur
 - E. Kontraktur

Topik 2

Konsep Dasar Imobilisasi

Imobilisasi adalah ketidakmampuan klien bergerak bebas yang disebabkan kondisi tertentu atau dibatasi secara terapeutik (Potter dan Perry 2006). Imobilisasi merupakan suatu kondisi yang relatif. Maksudnya, individu tidak saja kehilangan kemampuan geraknya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya.

A. BEBERAPA ALASAN DILAKUKAN IMOBILISASI

1. Pengobatan atau terapi, seperti pada klien setelah menjalani pembedahan atau mengalami cedera pada kaki atau tangan. Tirah baring merupakan merupakan suatu intervensi dimana klien dibatasi untuk tetap berada di tempat tidur untuk tujuan terapi antara lain untuk memenuhi kebutuhan oksigen, mengurangi nyeri, mengembalikan kekuatan dan cukup beristirahat,
2. Mengurangi nyeri pasca operasi, dan
3. Ketidakmampuan premir seperti paralisis,
4. Klien yang mengalami kemunduran pada rentang imobilisasi parsial – mutlak.

B. DAMPAK IMOBILISASI

Dampak imobilisasi pada klien secara fisik adalah (1) pada fisik seperti kerusakan integumen/integritas kulit, system kardiovaskuler, sistem eliminasi, musculoskeletal, sistem pencernaan, dan respirasi (2) psikologis seperti depresi dan istirahat tidur, dan (3) tumbuh kembang.

Untuk mencegah dampak buruk dari immobilisasi, maka perlu dilakukan latihan rentang gerak (*range of motion* -ROM) secara aktif maupun pasif dan ambulasi (kegiatan berjalan) (Kozier dkk. 1995).

1. Sistem Integumen

- a. Turgor kulit menurun: Kulit mengalami atrofi akibat imobilisasi dan perpindahan cairan antar-kompartemen pada area yang menggantung, hal ini dapat mengganggu keutuhan dan kesehatan dermis dan jaringan subkutan.
- b. Kerusakan kulit: Kondisi imobilisasi mengganggu sirkulasi dan suplai nutrisi pada area tertentu, hal ini berakibat iskemia dan nekrosis jaringan superfisial yang dapat menimbulkan ulkus dekubitus.

2. Sistem Kardiovaskuler

- a. Hipotensi ortostatik: Hipotensi ortostatik terjadi karena sistem saraf otonom tidak dapat menjaga keseimbangan suplai darah ke tubuh saat klien bangun dari posisi berbaring yang lama. Darah berkumpul di eksteremitas, dan tekanan darah menurun

drastis dan perfusi di otak mengalami gangguan, akibatnya klien dapat mengalami pusing, berkunang-kunang, bahkan pingsan.

- b. Pembentukan trombus: Trombus atau massa padat darah di jantung atau pembuluh darah biasa disebabkan oleh, gangguan aliran balik vena menuju jantung, hiperkoagulabilitas darah, dan cedera dinding pembuluh darah . Jika trombus lepas dari dinding pembuluh darah dan masuk ke sirkulasi disebut embolus.
- c. Edema dependen: Edema dependen biasa terjadi pada area yang menggantung seperti kaki dan tungkai bawah, edema akan menghambat aliran balik vena menuju jantung yang akan menimbulkan lebih banyak edema.

3. Sistem Eleminasi

- a. Stasis urine: Stasis urine adalah terhentinya atau terhambatnya aliran urine. Klien berbaring lama pengosongan ginjal dan kandung urine terlambat, akibat dari gravitasi yang memainkan peran dalam proses pengosongan urine.
- b. Batu ginjal: Imobilisasi bisa terjadi ketidakseimbangan antara kalsium dan asam sitrat yang menyebabkan kelebihan kalsium, akibatnya urine menjadi lebih basa, dan garam kalsium mempresipitasi terbentuknya batu ginjal.
- c. Retensi urine: Penurunan tonus otot kandung kemih menghambat kemampuan mengosongkan kandung kemih secara tuntas.
- d. Infeksi perkemihan: Urine yang statis dan juga sifat urine yang basa akibat hiperkalsiuria merupakan media baik pertumbuhan bakteri. Organisme penyebab infeksi saluran kemih adalah Escherichia coli.

4. Sistem Muskuloskeletal

- a. Osteoporosis: Tanpa aktivitas yang memberi beban pada tulang akan mengalami demineralisasi (osteoporosis), hal ini menyebabkan tulang kehilangan kekuatan dan kepadatan sehingga tulang menjadi keropos dan mudah patah.
- b. Atrofi otot: Otot yang tidak digunakan dalam waktu lama akan kehilangan sebagian besar kekuatan dan fungsi normalnya.
- c. Kontraktur dan nyeri sendi: Kondisi imobilisasi jaringan kolagen pada sendi mengalami ankilosa dan tulang terjadi demineralisasi yang menyebabkan akumulasi kalsium pada sendi yang berakibat kekakuan dan nyeri pada sendi.

5. Sistem Pencernaan

- Konstipasi: Imobilisasi mempengaruhi pencernaan yaitu konstipasi akibat penurunan peristaltik dan mobilitas usus. Jika konstipasi berlanjut dan feses sangat keras, maka perlu upaya kuat untuk mengeluarkannya.

6. Respirasi

- a. Penurunan gerakan pernafasan: Kondisi ini disebabkan oleh pembatasan gerak, hilangnya koordinasi otot .

- b. Penumpukan sekret: Normalnya sekret pada saluran pernafasan dikeluarkan dengan perubahan posisi, postur tubuh dan batuk. Pada klien imobilisasi sekret terkumpul pada jalan nafas akibat gravitasi sehingga mengganggu proses difusi oksigen dan karbon dioksida di alveoli, serta pengeluaran sekret dengan batuk terhambat karena melemahnya tonus otot pernafasan
- c. Atelektasis: Imobilisasi terjadi perubahan aliran darah regional dan menurunkan produksi surfaktan, ditambah sumbatan sekret pada jalan nafas, dapat mengakibatkan atelektasis.

C. TINGKAT IMOBILISASI

- 1. Imobilisasi komplet: Imobilisasi dilakukan pada individu yang mengalami gangguan tingkat kesadaran.
- 2. Imobilisasi parsial: Imobilisasi dilakukan pada klien yang mengalami fraktur.
- 3. Imobilisasi karena pengobatan: Imobilisasi pada penderita gangguan pernafasan atau jantung, Pada klien tirang baring (bedrest) total, klien tidak boleh bergerak dari tempat tidur, berjalan, dan duduk dikursi. Keuntungan dari tirah baring antara lain mengurangi kebutuhan oksigen sel-sel tubuh, menyalurkan sumber energi untuk proses penyembuhan, dan mengurangi respons nyeri.

Jika saudara sudah mengetahui proses mekanik tubuh dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta dampak yang terjadi, maka saudara pasti tidak kesulitan untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan aktivitas dengan tahap-tahap sebagai berikut: (1) pengkajian, (2) merumuskan diagnosa, (3) menyusun rencana, (4) melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas (akan dipelajari pada Modul 12), menyusun kriteria evaluasi.

Latihan

Sebutkan dampak dari imobilisasi ?

Ringkasan

Imobilitas adalah keadaan dimana individu tidak dapat bergerak dengan bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan(aktivitas).misalnya trauma tulang belakang ,cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan sebagainya. Ada beberapa jenis imobilitas yaitu imobilitas fisik,imobilitas intelektual, imobilitas emosional, dan imobilitas sosial.

Adanya imobilisasi dalam tubuh dapat mempengaruhi sistim tubuh, seperti perubahan padaa metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistim pernafasan, perubahan kardiovaskuler, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi, dan perubahan perilaku.

Tes 2

- 1) Keadaan dimana individu tidak dapat bergerak dengan bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan(aktivitas), disebut....
 - A. Atropi
 - B. Nekrosis
 - C. Kontraktur
 - D. Imobilisasi
 - E. Mobilisasi

- 2) Imobilisasi pasien terjadi akibat...., *kecuali*
 - A. Trauma
 - B. Fraktur
 - C. Kontraktur
 - D. Nekrosis
 - E. Lecet

Topik 3

Proses Keperawatan

Penggunaan proses keperawatan, aplikasi kritis anatomi dan fisiologi, pengalaman klien memungkinkan mengembangkan rencana keperawatan secara individu klien yang mengalami gangguan mobilisasi dan resiko lainnya. Rencana keperawatan dibuat untuk meningkatkan status fungsional, meningkatkan perawatan mandiri, mempertahankan kondisi psikologis, dan mengurangi bahaya imobilisasi.

A. PENGKAJIAN

Saudara dalam melakukan pengkajian harus dilihat dari dua bagian yaitu mobilisasi dan imobilisasi dengan menggerakkan semua indra dan tenaga untuk melakukan pengkajian secara cermat baik melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dengan palpasi, auskultasi, hasil tes laboratorium, bb (berat badan), asupan cairan, dan haluaran cairan. Menggali data yang akurat selama pemeriksaan fisik yang meliputi:

1. Perawat harus menanyakan tingkat aktivitas klien, hal ini untuk mengidentifikasi mobilisasi dan resiko cedera yang meliputi pola aktivitas, jenis, frekuensi, dan lamanya.
2. Selain itu perawat juga perlu mengkaji kecepatan aktivitas.
3. Tanyakan tingkat kelelahan meliputi aktivitas yang membuat lelah dan gangguan pergerakan meliputi penyebab, gejala dan efek dari gangguan pergerakan
4. Perawat mengkaji tingkat aktivitas klien meliputi, (a) tingkat 0: klien mampu merawat diri sendiri secara penuh, (b) tingkat 1: klien memerlukan penggunaan alat, (c) tingkat 2: klien perlu bantuan atau pengawasan orang lain, (d) tingkat 3: memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan, (e) tingkat 4: Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan
5. Pemeriksaan fisik, pemeriksaan ini bertujuan untuk mendapatkan data adanya indikasi rintangan dan keterbatasan sehingga klien perlu bantuan perawat meliputi (a) tingkat kesadaran dan postur/bentuk tubuh, (b) skoliosis, kifosis, lordosis dan cara berjalan, (c) Ekstremitas: kelemahan, gangguan sensorik, tonus otot, atrofi, tremor, gerakan tak terkendali, kekuatan otot, kemampuan jalan, kemampuan duduk, kemampuan berdiri, 4) pergerakan, kemerahan, deformitas, nyeri sendi dan krepitasi, suhu sekitar sendi.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Menurut NANDA (2015), diagnosa keperawatan yang terkait dengan aktivitas karena ketidaktepatan mekanika tubuh dan hambatan mobilisasi, yang perlu peserta didik ketahui antara lain:

1. Intoleransi aktivitas: yang berhubungan dengan kesejajaran tubuh yang buruk dan penurunan mobilisasi.
2. Hambatan mobilisasi fisik : yang berhubungan dengan penurunan rentang gerak, tirah baring, penurunan kekuatan, sedangkan resiko cedera : yang berhubungan dengan ketidak tepatan mekanika tubuh, ketidak tepatan teknik pemindahan.
3. Gangguan integritas kulit atau risiko gangguan integritas kulit : berhubungan dengan keterbatasan mobilisasi, tekanan permukaan kulit dan gaya gesek, dan lain-lain.

Diagnosa I

Intoleran aktivitas

Definisi: Kondisi di mana seseorang mengalami penurunan energi fisiologis dan psikologis untuk melakukan aktivitas sehari-hari (intoleransi aktivitas), kemungkinan berhubungan (etiologi/penyebab) antara lain: kesejajaran tubuh buruk, kelemahan, *bedrest* lama/ imobilisasi, motivasi yang kurang, pembatasan pergerakan, nyeri, kemungkinan data yang ditemukan pada klien: verbal/adanya kelemahan, sesak nafas/pucat, kesulitan dalam pergerakan, abnormal nadi, tekanan darah terhadap respons aktivitas.

Kondisi klinis klien kemungkinan terjadi: anemia, gagal ginjal kronis, gangguan jantung, kardiak aritmia, COPD, gangguan metabolisme, gangguan muskuloskeletal.

Tujuan yang diharapkan setelah dilakukan tindakan: (1) kelemahan klien berkurang, (2) klien berpartisipasi dalam perawatan diri, (dan)3) klien mempertahankan kemampuan aktivitas seoptimal mungkin.

C. INTERVENSI

1. Kaji tingkat kemampuan klien dalam melakukan gerak.
2. Rencanakan tentang pemberian program latihan sesuai kemampuan pasien.
3. Berikan diet tinggi kalsium.
4. Ajarkan klien tentang bagaimana melakukan aktivitas sehari-hari.
5. Libatkan keluarga untuk melatih mobilitas pasien.
6. Konsultasikan dengan ahli tetapi fisik .

Ringkasan

Pasien yang mengalami gangguan mobilisasi, biasanya dilakukan pengkajian fisik muskuloskeletal, dengan diagnosa keperawatannya adalah intoleransi aktivitas dan intervensinya.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) B

Tes 2

- 1) D
- 2) E

Daftar Pustaka

- Alman. 2000. *Fundamental & Advanced Nursing Skill*. Canada: Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U. 2005. *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elkin, et al . 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Aecond edt.
- Kozier, B. 1995, *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*, California, Addison Wesley.
- Perry,at al. 2005. *Ketwampilan 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.
- Priharjo, Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- S. Suarli dan Yanyan Bahtiar. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Erlangga Medical Series.
- Tarwoto Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi 3. 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.

✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

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 IX

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN

Ni Wayan Dwi Rosmalawati dan Kasiati

PENDAHULUAN

Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan seringkali didefinisikan sebagai keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis, adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Lingkungan pelayanan kesehatan dan komunitas yang aman merupakan hal penting untuk kelangsungan hidup klien.

Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan. Konsep kenyamanan memiliki subjektifitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri.

Topik 1

Konsep Dasar Keamanan dan Keselamatan

Sebelum membahas materi asuhan keperawatan, mari kita awali dengan konsep keamanan dan kenyamanan mulai dari pengertian, klasifikasi keamanan atau keselamatan, dan seterusnya.

A. KEAMANAN ATAU KESELAMATAN

Keamanan adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga keadaan aman dan tentram (Potter & Perry, 2006).

Perubahan kenyamanan adalah keadaan di mana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespons terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Carpenito, Linda J., 2000).

Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retinal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keaman terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (misalnya: penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di sekitarnya dan lingkungannya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak aman (Asmadi, 2005).

B. KLASIFIKASI KEBUTUHAN KESELAMATAN ATAU KEAMANAN

1. Keselamatan Fisik

Mempertahankan keselamatan fisik melibatkan keadaan mengurangi atau mengeluarkan ancaman pada tubuh atau kehidupan. Ancaman tersebut mungkin penyakit, kecelakaan, bahaya, atau pemajanan pada lingkungan. Pada saat sakit, seorang klien mungkin rentan terhadap komplikasi seperti infeksi, oleh karena itu bergantung pada profesional dalam sistem pelayanan kesehatan untuk perlindungan.

Memenuhi kebutuhan keselamatan fisik kadang mengambil prioritas lebih dahulu di atas pemenuhan kebutuhan fisiologis. Misalnya, seorang perawat perlu melindungi klien dari kemungkinan jatuh dari tempat tidur sebelum memberikan perawatan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (Potter & Perry, 2005), di sini perawat memasang pelindung klien.

2. Keselamatan Psikologis

Untuk selamat dan aman secara psikologi, seorang manusia harus memahami apa yang diharapkan dari orang lain, termasuk anggota keluarga dan profesional pemberi perawatan kesehatan. Seseorang harus mengetahui apa yang diharapkan dari prosedur, pengalaman yang baru, dan hal-hal yang dijumpai dalam lingkungan. Setiap orang merasakan beberapa ancaman keselamatan psikologis pada pengalaman yang baru dan yang tidak dikenal (Potter & Perry, 2005).

Orang dewasa yang sehat secara umum mampu memenuhi kebutuhan keselamatan fisik dan psikologis mereka tanpa bantuan dari profesional pemberi perawatan kesehatan. Bagaimanapun, orang yang sakit atau cacat lebih rentan untuk terancam kesejahteraan fisik dan emosinya, sehingga intervensi yang dilakukan perawat adalah untuk membantu melindungi mereka dari bahaya (Potter & Perry, 2005). Keselamatan psikologis justru lebih penting dilakukan oleh seorang perawat karena tidak tampak nyata namun memberi dampak yang kurang baik bila tidak diperhatikan.

3. Lingkup Kebutuhan Keamanan atau Keselamatan

Lingkungan Klien mencakup semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup klien. Di sini menyangkut kebutuhan fisiologis juga. Teman-teman pasti masih ingat kebutuhan fisiologis kita, itu lho.. yang terdiri dari kebutuhan terhadap oksigen, kelembaban yang optimum, nutrisi, dan suhu yang optimum akan mempengaruhi kemampuan seseorang.

4. Macam-macam bahaya/kecelakaan:

- a. di rumah;
- b. di RS : mikroorganisme;
- c. cahaya;
- d. kebisingan;
- e. cedera;
- f. kesalahan prosedur;
- g. peralatan medik, dan lain-lain.

5. Cara Meningkatkan Keamanan:

- a. mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk melindungi diri;
- b. menjaga keselamatan pasien yang gelisah;
- c. mengunci roda kereta dorong saat berhenti;
- d. penghalang sisi tempat tidur;
- e. bel yang mudah dijangkau;
- f. meja yang mudah dijangkau;
- g. kereta dorong ada penghalangnya;
- h. kebersihan lantai;
- i. prosedur tindakan.

C. DEFINISI KENYAMANAN

Kolcaba (1992, dalam Potter & Perry, 2005) mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

1. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
2. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
3. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan).
4. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan (Donahue, 1989) dalam Alimul, 2006, meringkaskan “melalui rasa nyaman dan tindakan untuk mengupayakan kenyamanan...”. Perawat memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan dan bantuan. Berbagai teori keperawatan menyatakan kenyamanan sebagai kebutuhan dasar klien yang merupakan tujuan pemberian asuhan keperawatan. Konsep kenyamanan mempunyai subjektifitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri. Kolcaba (1992) mendefinisikan kenyamanan dengan cara yang konsisten pada pengalaman subjektif klien.

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri dan hipo/hipertermia merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien.

1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Menurut beberapa ahli, nyeri diartikan sebagai berikut.

- a. Mc. Coffery (1979), mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.

- b. Wofl Weitzel Fuerst (1974), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- c. Arthur C Curton (1983), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi tubuh, timbul ketika jaringan sedang di rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- d. Scrumum, mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis dan emosional.

2. Fisiologi Nyeri

Terjadinya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin, yang tersebar pad akulit dan mukosa, khususnya pada vicera, persendian, dinding arteri, hati dan kadung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti bradikinin, histamin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik atau mekanis.

3. Klasifikasi Nyeri

Secara umum nyeri dibedakan menjadi 2 yakni: nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis adalah nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam nyeri kronis ini adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

Bila ditinjau dari sifat terjadinya, nyeri dibagi menjadi nyeri tertusuk dan nyeri terbakar.

*Tabel 9.1
Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis*

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal/penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung
Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari 6 bulan sampai bertahun tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Gejala-gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respons yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus, dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat

Sumber: Barbara C Long, 1989.

4. Teori Nyeri

Terdapat beberapa teori tentang terjadinya nyeri, di antaranya (Barbara C Long, 1989):

a. Teori Pemisahan (*Specificity Theory*)

Menurut teori ini, rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

b. Teori Pola (*Pattern Theory*)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medula spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respons yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi, yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas dari reaksi sel T.

c. Teori Pengendalian Gerbang (*Gate Control Theory*)

Menurut teori ini nyeri bergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan ke dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktivitas substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

d. Teori Transmisi dan Inhibisi

Adanya stimulus pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblokir impuls-impuls pada serabut lamban dan endogen opiate sistem supresif.

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Pengalaman nyeri seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain:

a. Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, dan pengalaman.

b. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subyektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimuli nociceptor.

c. Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain: alkohol, obat-obatan, hipnotis, dan lain-lain. Sedangkan faktor yang dapat menurunkan toleransi nyeri antara lain: kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

d. Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk responnyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia dan lain-lain.

6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keamanan dan Kenyamanan

a. Emosi

Kecemasan, depresi, dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi keamanan dan kenyamanan.

b. Status mobilisasi

Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya risiko injury.

c. Gangguan persepsi sensory

Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan.

d. Keadaan imunitas

Gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit.

e. Tingkat kesadaran

Pada pasien koma, respons akan menurun terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.

f. Informasi atau komunikasi

Gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.

g. Gangguan tingkat pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

h. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok.

i. Status nutrisi

Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat berisiko terhadap penyakit tertentu.

j. Usia

Pembedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri.

k. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.

l. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat nyaman yang mereka punyai.

Jenis dasar risiko terhadap keamanan klien di dalam lingkungan pelayanan kesehatan adalah jatuh, kecelakaan yang disebabkan oleh klien, kecelakaan yang disebabkan oleh prosedur, dan kecelakaan yang disebabkan oleh penggunaan alat. (Potter & Perry, 2005).

1. Jatuh

Jatuh merupakan 90% jenis kecelakaan yang dilaporkan dari seluruh kecelakaan yang terjadi di rumah sakit. Risiko jatuh lebih besar dialami oleh klien lansia. Selain usia, riwayat jatuh terdahulu, masalah pasa sikap berjalan dan mobilisasi, hipotensi postural, perubahan sensorik, disfungsi saluran dan kandung kemih, dan beberapa kategori diagnose tertentu seperti kanker, penyakit kardiovaskuler, neurologi, dan penggunaan obat-obatan dan interaksi obat juga dapat menyebabkan jatuh modifikasi dalam lingkungan pelayanan kesehatan dengan mudah mengurangi risiko jatuh. Oleh karena itu semua hal yang berhubungan dengan klien harus diperhatikan, seperti ; pegangan yang aman di toilet, kunci pada tempat tidur, pagar tempat tidur dan bel pemanggil beberapa bentuk keamanan yang ditemukan dalam pelayanan kesehatan.

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah jatuh (Potter & Perry, 2005):

- a. orientasikan klien terhadap lingkungan fisik sekitarnya;
- b. jelaskan penggunaan sistem bel pemanggil;
- c. kaji risiko klien untuk jatuh;
- d. tempatkan klien yang berisiko jatuh dekat dengan ruangan perawat;
- e. ingatkan seluruh petugas terhadap risiko klien jatuh;
- f. instruksikan klien dan keluarga untuk mencari bantuan bila klien bangun dari tempat tidur;
- g. jawablah panggilan bel klien dengan cepat;
- h. jaga agar tempat tidur klien tetap berada pada posisi rendah dengan sisi pembatas tempat tidur yang terpasang jika diperlukan;
- i. jaga barang-barang pribadi tetap berada dalam jangkauan klien;
- j. kurangi keributan;
- k. kunci seluruh tempat tidur, kursi roda atau brankar;
- l. observasi klien secara teratur;
- m. anjurkan keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan klien.

2. Oksigen

Kebutuhan fisiologis yang terdiri dari kebutuhan terhadap oksigen akan mempengaruhi keamanan pasien. Namun bila tidak digunakan secara benar oksigen juga bisa menimbulkan ketidakamanan, oleh karena itu *system gas medic* harus diatur seperti berikut.

- a. Gas medik disimpan dengan benar dan dipasang dalam area berventilasi cukup area penyimpanan dengan kompartemen.
- b. Lokasi yang benar dan aman untuk penyimpanan gas medik.
- c. Untuk penggunaan di rumah sakit gas medik harus dalam pipa, minimum penyimpanan selama minimum 7 (tujuh) hari.
- d. Untuk rumah sakit yang menggunakan silinder individual, penyimpanan minimum untuk 3 (tiga) hari.
- e. Tangki mempunyai segel (seal) utuh dan aman dari pemasok.
- f. Pipa gas medik yang dipasang di dinding dilengkapi dengan penyangga pipa.
- g. Angkur dilengkapi untuk tangki, silinder, dan peralatan terkait.

- h. Keselamatan sistem distribusi gas medik (katup, pipa dan sambungan) terjamin.
- i. Alat ukur fungsional dan fitting.
- j. Menggunakan pipa standar (kedap api, kedap air)
- k. Sambungan pipa tidak boleh dipertukarkan.
- l. Melakukan prosedur pengujian secara reguler.
- m. Dengan katup penutup zona dalam kasus kebocoran (contoh di dalam kasus kebakaran pada kompleks ruang operasi, katup zona dapat menutup).
- n. Tangki cadangan oksigen tersedia dalam kasus evakuasi pasien darurat.
- o. Gas industri diletakkan di luar bangunan dan dilengkapi dengan pengaman penutup otomatis (contoh LPG).
- p. Apabila aktivitas atau mungkin penyimpanan melibatkan bahaya ledakan, ventilasi ledakan ke luar bangunan harus dilengkapi dengan kaca tipis atau ventilasi lain yang disetujui.
- q. Semua konstruksi yang secara aktif terlibat pengoperasian yang berbahaya harus mempunyai tingkat ketahanan api 1 (satu) jam dan bukaan antara setiap bangunan dan ruangan-ruangan atau ruang tertutup untuk pengoperasian yang berbahaya harus diproteksi dengan pintu kebakaran yang menutup sendiri atau otomatis.

3. Pencahayaan

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan publik yang penting. Tata pencahayaan dalam ruang rawat inap dapat mempengaruhi kenyamanan pasien selama menjalani rawat inap, disamping itu juga berpengaruh bagi kelancaran paramedis dalam menjalankan aktivitasnya untuk melayani pasien (Adi Santosa).

Depkes RI (1992) mendefinisikan pencahayaan sebagai jumlah penyinaran pada suatu bidang kerja yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan secara efektif. Pada rumah sakit intensitas pencahayaan antara lain sebagai berikut.

- a. Untuk ruang pasien saat tidak tidur sebesar 100-200 lux Dengan warna cahaya sedang,
- b. Pada saat tidur maksimum 50 lux,
- c. Koridor minimal 60 lux,
- d. Tangga minimal 100 lux, dan
- e. Toilet minimal 100 lux.

Pencahayaan alam maupun buatan diupayakan agar tidak menimbulkan silau dan intensitasnya sesuai dengan peruntukannya.

4. Kecelakaan yang Disebabkan oleh Prosedur

Kecelakaan yang disebabkan oleh prosedur terjadi selama terapi. Hal ini meliputi kesalahan pemberian medikasi dan cairan. Perawat dapat melaksanakan sesuai prosedur agar tidak terjadi kecelakaan, ada enam (6) benar cara pemberian obat yang harus ditaati. Enam benar pemberian obat, yaitu:

- a. Tepat obat: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, menanyakan ada tidaknya alergi obat, menanyakan keluhan pasien sebelum dan setelah memberikan obat, mengecek label obat, mengetahui reaksi obat, mengetahui efek samping obat, hanya memberikan obat yang didiagnosis sendiri.

- b. Tepat dosis: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek hasil hitungan dosis dengan dengan perawat lain, mencampur/mengoplos obat.
- c. Tepat waktu: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek tanggal kadaluarsa obat, memberikan obat dalam rentang 30 menit.
- d. Tepat pasien: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, memanggil nama pasien yang akan diberikan obat, mengecek identitas pasien pada papan/kardeks di tempat tidur pasien
- e. Tepat cara pemberian: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek cara pemberian pada label/kemasan obat.
- f. Tepat dokumentasi: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mencatat nama pasien, nama obat, dosis, cara, dan waktu pemberian obat.

Potensial terjadinya infeksi akan berkurang bila teknik septik aseptik tidak ditaati. Salah satunya adalah dengan cuci tangan yang benar.

Menurut Depkes (2007), mencuci tangan adalah proses yang secara mekanisme melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air. Tujuan mencuci tangan menurut Depkes (2007) adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi.

Adapun teknik cuci tangan yang efektif sesuai prosedur cuci tangan menurut WHO (2007) yaitu sebagai berikut.

- a. Dimulai cuci tangan dengan menggunakan air mengalir dan bersih.
- b. Menggunakan sabun cair atau sabun batangan, menggosokkan sabun tersebut sampai berbusa banyak di telapak tangan.
- c. Menggosokkan ke bagian punggung tangan dengan jari tangan menjalin secara bergantian, sebanyak 3 (tiga) kali.
- d. Membersihkan sela-sela jari secara bergantian sebanyak 3 kali.
- e. Mengepalkan salah satu tangan (dengan posisi mengunci) dan menggosokkan ke permukaan tangan lainnya dimulai dengan menggosokkan buku-buku jari tangan, kuku tangan, dan ujung-ujung jari tangan secara bergantian, sebanyak 3 (tiga) kali.
- f. Memutar-mutar ibu jari tangan dengan salah satu tangan yang dilakukan secara bergantian, sebanyak 3 (tiga) kali.
- g. Membilas tangan dengan air mengalir mulai dari permukaan tangan sampai dengan sikut tangan.
- h. Mengeringkan tangan dengan handuk bersih/tissue.

5. Kecelakaan yang Disebabkan Peralatan

Kecelakaan yang disebabkan peralatan terjadi karena alat yang digunakan tidak berfungsi, rusak atau salah digunakan. Hal-hal yang dapat terjadi antara lain kebakaran. Kebakaran dapat terjadi karena listrik atau anestetik.

Menurut Kemenkes dalam Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit yang aman dalam situasi darurat dan bencana dalam hal sistem listrik adalah sebagai berikut.

Sistem Kelistrikan:

- 1) Generator darurat mempunyai kapasitas memenuhi kebutuhan prioritas rumah sakit (ketentuan untuk sistem cadangan kelistrikan, termasuk untuk ruang operasi, perawatan intensif dan lorong).
- 2) Voltase distribusi yang lebih tinggi, seperti sistem 380/220V-3 phase, 4 kawat dipertimbangkan terhadap biaya awal rendah dan nilai tambah yang lebih besar untuk efisiensi jangka panjang.
- 3) Rumah generator atau rumah sumber daya (*Power House*) di proteksi dari bencana alam dan bencana yang dibuat manusia; dibuat dari beton yang diperkuat; ketinggian lantainya lebih tinggi dari tanah.
- 4) Generator dan peralatan lainnya yang bergetar harus dipasang dengan pengikat (bracket) khusus yang memungkinkan gerakan tetapi mencegahnya dari terjungkir.
- 5) mempunyai generator yang tidak berisik dan tidak bergetar; sistem buangan harus dibuat dalam bentuk silencer jenis kritis, atau kualitas rumah sakit dan unit dilengkapi dengan isolator getaran jika generator berada di dalam bangunan.
- 6) generator dilengkapi dengan sakelar pemindah otomatis.
- 7) menggunakan sistem pendingin transformer yang tidak mudah terbakar (yaitu jenis kering, resin epoxy atau minyak silikon atau minyak temperatur tinggi)
- 8) menggunakan sistem proteksi bio (BPS), kawat mempunyai sertifikat standar, lebih disukai dengan insulasi thermoplastik nilon tahan panas tinggi dan kabel dipasang erat dan dikencangkan pada pemutus arus (CB) atau sakelar atau pengaman kawat.
- 9) Pemutus beban, kontraktor magnetic, pengaman lebur, atau sakelar tanpa pengaman lebur yang terpasang dalam panel control harus terproteksi.
- 10) Dalam kamar mandi dan dalam area basah atau lembab, kotak kontak harus dilengkapi dengan pemutus kegagalan sirkit pembumian (GPAS = Gawai Proteksi Arus Sisa).
- 11) Kotak kontak (stop kontak, outlet) dilengkapi dengan kutup pembumian.
- 12) Bagian-bagian metalik dari sistem elektrik yang bukan konduit arus, dibumikan dengan benar, termasuk penutup elektrik, kotak, selokan, duct dan tray.
- 13) Panel kontrol diproteksi, sakelar pemutus arus dan kabel mengikuti standar SNI 0225-2000, Persyaratan Umum Instalasi Listrik dan diproteksi dengan *electrical surge suppressor*.
- 14) Semua sistem elektrik dan ruangan-ruangan diproteksi dengan unit pemadam api kimia ringan.
- 15) Sistem ducting - polyvinyl chloride (PVC) untuk daya dan pencahayaan; konduit baja kaku atau konduit metal menengah untuk sistem deteksi dan alarm; PVC untuk telepon, intekom, CCTV, kabel TV, jaringan data komputer.
- 16) Menggunakan pencahayaan fluorecent kompak hemat energi dan tabung merkuri tanpa merkuri.
- 17) Pencahayaan yang cukup dalam seluruh area rumah sakit, termasuk halaman.
- 18) Sistem listrik eksterior dipasang di bawah tanah.

- 19) Listrik fungsional dan lampu darurat dengan batere cadangan dalam seluruh area ktiris.
- 20) Luminus (armatur) lampu eksit dengan baterai cadangan.

Intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan melengkapi system alarm. Menurut Kemenkes dalam Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit yang aman dalam situasi darurat dan bencana dalam hal sistem pemadam kebakaran adalah:

- 1) Sistem Pemadam Kebakaran
 - a) Sistem alarm, deteksi dan pemadaman harus dihubungkan dengan sistem alarm kebakaran otomatis, sistem deteksi panas dan/atau sistem pemadam kebakaran otomatis.
 - b) Sistem alarm kebakaran dapat dioperasikan secara manual dan otomatis.
 - c) Sistem alarm kebakaran di monitor oleh pos pemadam kebakaran atau agen monitor yang terakreditasi.
 - d) Deteksi panas dan asap dipasang di koridor rumah sakit, panti jompo, dan fasilitas penyandang cacat.
 - e) Detektor asap harus tidak dipasang terlalu jauh dari 9 (sembilan) meter dari titik pusatnya dan lebih dari 4 (empat) dan 6 (enam) sampai 10 meter dari setiap dinding.
 - f) Menggunakan zat pemadaman yang ramah lingkungan, efektif dan kerusakan yang diakibatkannya kecil.
 - g) Setiap ruangan dilengkapi dengan alat pemadam api ringan.
 - h) Direkomendasikan alat pemadam api ringan; untuk peralatan elektrikal dan elektronik menggunakan carbon dioksida, untuk layanan umum menggunakan alat pemadam api ringan jenis ABC.
 - i) Dengan pipa tegak basah lengkap dengan perlengkapannya.
 - j) Mempunyai program keselamatan terhadap kebakaran dengan mengutamakan sebagai berikut.
 - (1) Di organisasi oleh dinas kebakaran yang melakukan seminar, pelatihan pemadaman api, pelatihan evakuasi dalam situasi kebakaran, pelatihan pada saat terjadinya gempa bumi,
 - (2) Melakukan pelatihan pemadaman api dan evakuasi pada situasi kebakaran
 - (3) Melakukan penanggulangan kebakaran, latihan pencegahan dan pemadaman kebakaran.
 - (4) Tersedia peralatan pemadam kebakaran.
 - (5) Pemeliharaan pencegahan dari peralatan pemadam kebakaran.
 - (6) Tersedia gambar eksit kebakaran dan gambar ketentuan evakuasi melalui eksit kebakaran di tempat yang menyolok pada setiap tingkat lantai.

2) Sistem Eksit Darurat

- a) Lantai balok dari jalan keluar diterangi pada semua titik termasuk sudut dan persimpangan dari koridor dan lorong, bordes tangga dan pintu eksit (exit) dengan lampu yang mempunyai lumen minimal 0,001 lumen per cm².
- b) Sumber pencahayaan mudah diakses dan andal, seperti layanan listrik PLN.
- c) Fasilitas pencahayaan darurat dijaga dengan tingkat iluminasi tertentu pada kejadian kegagalan pencahayaan normal untuk jangka waktu sekurang-kurangnya 1 jam.
- d) Tanda arah "EXIT"/KELUAR diterangi, dengan warna khusus, dengan sumber yang andal, 0,005 lumen per cm².
- e) Tinggi huruf dari tanda arah 15 cm dengan huruf yang menonjol dengan lebar tidak kurang dari 19 mm.
- f) Lengkapi luminous (armature) penunjuk arah eksit pada dinding dan diletakkan 30 cm atau lebih rendah dari permukaan lantai.

Jika terjadi kebakaran, maka perawat harus melindungi klien dari cedera, melaporkan lokasi kebakaran, dan membatasi lokasi penyebaran api. Salah satu tingkatan yang sangat membantu untuk membuat prioritas saat terjadi kebakaran adalah RACE: Rescue, Alarm, Confine, dan Extinguish. Penyelamatan dan pemindahan seluruh klien dari berbahaya yang mengancam. Dengan menggunakan prosedur peringatan berbahaya untuk melaporkan lokasi kebakaran, maka petugas harus mengambil tindakan untuk membatasi penyebaran atau memadamkan kebakaran (misalnya menutup pintu dan jendela, mematikan oksigen dan alat-alat listrik dan menggunakan alat pemadam kebakaran).

Klien yang terjebak dalam kebakaran, berapa pun besarnya kebakaran tersebut, berada dalam risiko dan harus dipindahkan ke area lain.

- 1) Jika klien menggunakan oksigen tetapi tidak menjadi pendukung kehidupannya, maka perawat dapat melepaskan oksigen tersebut.
- 2) Jika klien menggunakan oksigen sebagai pendukung kehidupannya maka perawat harus mempertahankan status pernapasan klien secara manual dengan menggunakan ambubag sampai klien terlepas dari ancaman kebakaran.
- 3) Klien yang bisa berjalan dapat diarahkan untuk berjalan sendiri ke arah yang aman dan pada beberapa kasus mungkin dapat dibantu dengan kursi roda.
- 4) Klien yang berbaring di tempat tidur umumnya dipindahkan dengan menggunakan brankar, tempat tidur atau kursi roda.

Jika tidak ada satu pun metode yang dapat digunakan, maka klien harus diangkat dari ares tersebut.

Latihan

Untuk mengakhiri materi ini Anda kami berikan tugas untuk menerapkan standar keamanan dan kenyamanan klien yang anda asuh dan membiasakan diri selalu melakukan hal yang menjaga keamanan kenyamanan klien dan diri sendiri.

Gambarkan skala Wong-Baker FACES Pain Rating?

Ringkasan

Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retmal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (misal, penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di sekitarnya dan lingkungannya.

Sebagai seorang perawat harus menjaga keamanan dan kenyamanan klien harus kita jaga disamping tetap menjaga keamanan dan kenyamanan perawat itu sendiri, terlebih di era sekarang ini perkembangan penyakit juga semakin memprihatinkan, jadi kita sebagai perawat harus bisa menjaga diri dengan selalu mentaati waktu cuci tangan dan menggunakan alat pelindung diri (APD) yang baik dan benar.

Tes 1

- 1) Anda didatangi seorang klien yang baru saja jatuh naik sepeda motor dengan berdarah-darah minta diobati, sesuai prinsip keamanan kenyamanan, tindakan yang Anda lakukan
 - A. membersihkan darahnya segera dan memberi obat
 - B. mencuci tangan dan mempersilakan klien membersihkan sendiri
 - C. mencuci tangan, memakai sarung tangan dan merawat lukanya
 - D. memberi obat antibiotika dan mempersilakan segera pulang

- 2) Untuk mencegah kesalahan memberikan obat kepada klien, kita harus memperhatikan 6 benar cara pemberian obat. Salah satunya benar cara, maksudnya
 - A. obat diberikan sesuai dengan bentuk obat, misal injeksi, oral
 - B. obat diberikan dengan cara yang sopan kepada klien

- C. obat diberikan dengan cara memaksa klien mentaati aturannya
 - D. obat diberikan dengan cara yang biasa dikerjakan oleh klien
- 3) Klien mau diantar ke ruang operasi untuk dilakukan operasi, tindakan penyelamatan yang Anda lakukan
- A. memasang pelindung pada kereta dorong
 - B. memasang mitela pada kepala klien
 - C. memberikan suntikan antibiotika
 - D. memakai sarung tangan
- 4) Bila mau melakukan injeksi, hal yang dikaji sehubungan dengan keamanan dan kenyamanan klien
- A. sudah berapa lama dirawat di rumah sakit
 - B. harus selalu memakai sarung tangan steril
 - C. apakah klien pernah disuntik
 - D. apakah ada riwayat alergi obat
- 5) Sebagai seorang perawat, kita juga wajib menjaga diri supaya selalu berada di keadaan aman dan nyaman, maka bila merawat klien dan memegang cairan tubuh klien yang dilakukan sebelumnya adalah
- A. mencuci tangan
 - B. memakai sarung tangan
 - C. memakai schort tertutup
 - D. memakai masker

Topik 2

Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Keamanan dan Kenyamanan

A. PENGKAJIAN

Pada kebutuhan keamanan, pengkajian menunjukkan pengelompokan data yang mengidentifikasi klien mempunyai risiko keamanan yang aktual atau potensial. Sedangkan pengkajian pada masalah nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST yaitu:

Pemacu, yaitu faktor yang mempengaruhi gawat/ringannya nyeri

Quality, dari nyeri, seperti rasa tajam, tumpul atau tersayat

Region, yaitu daerah perjalanan nyeri

Severity, adalah keparahan atau intensitas nyeri

Time, lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Berikut beberapa contoh diagnosa keperawatan NANDA untuk risiko keamanan dan kenyamanan:

1. Keamanan:
 - a. Risiko cedera berhubungan dengan: perubahan mobilisasi, penataan lingkungan fisik di rumah.
 - b. Risiko keracunan berhubungan dengan: kontaminasi zat kimia pada makanan atau air, penyimpanan obat-obatan yang mudah dijangkau oleh anak-anak, penurunan penglihatan.
 - c. Risiko asfeksia berhubungan dengan: penurunan kemampuan motorik, bantal yang terletak di atas tempat tidur bayi, ventilasi alat pemanas yang kurang tepat.
 - d. Gangguan proses pikir berhubungan dengan: kehilangan memori, kesulitan tidur, efek samping obat.
 - e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan: salah interpretasi informasi, perubahan fungsi kognitif.
2. Kenyamanan/nyeri:
 - a. Nyeri akut akibat fraktur panggul.
 - b. Nyeri kronis akibat artritis.
 - c. Gangguan mobilitas akibat nyeri pada ekstremitas.
 - d. Kurangnya perawatan diri akibat ketidakmampuan menggerakkan tangan.
 - e. Cemas akibat adanya peningkatan nyeri.

3. **Intervensi/Perencanaan**

Pada klien yang mengalami gangguan keamanan. Perawat merencanakan intervensi yang individual dengan berdasarkan beratnya risiko yang dihadapi klien, tahap perkembangan, status kesehatan, dan gaya hidup klien. Sedangkan untuk memberikan kenyamanan klien, intervensi yang dilakukan adalah:

- a. mengurangi dan membatasi faktor-faktor yang menambah nyeri;
- b. menggunakan berbagai teknik non invasif untuk memodifikasi nyeri yang dialami;
- c. menggunakan cara-cara untuk mengurangi nyeri yang optimal, seperti memberikan analgesik sesuai dengan program yang ditentukan.

4. **Implementasi/Pelaksanaan**

Implementasi dilakukan untuk meningkatkan dan mempertahankan keamanan klien. Sedangkan pada kenyamanan, implementasi dilakukan untuk mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri, misalnya ketidakpercayaan, kesalahpahaman, ketakutan, kelelahan dan kebosanan.

5. **Evaluasi**

Rencana keperawatan yang dirancang untuk mengurangi risiko cedera pada klien, dievaluasi dengan cara membandingkan kriteria hasil dengan tujuan yang ditetapkan selama tahap perencanaan.

Sedangkan evaluasi terhadap masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespons rangsangan nyeri, diantaranya hilangnya perasaan nyeri, menurunnya intensitas nyeri, adanya respons fisiologis yang baik dan pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari tanpa keluhan nyeri.

Latihan

Ny. W umur 13 tahun pekerjaan pelajar, keluhan utama nyeri ulu hati, dialami sejak 3 hari yang lalu, terus-menerus, nyeri dirasakan memberat jika terlambat makan, perut terasa kembung dan sering merasa mual, sering makan tidak teratur, memiliki BB:43 kg, TB: 148 cm, IMT: 19,63 kg/m² TD:120/70, HR:92x/i, RR:20x/l, T:36,5oC, konjungtiva anemis (-), sklera ikterus (-), bibir sianosis (-), massa tekan (-), nyeri tekan (+), edema (+).

Dari kasus di atas lakukan pengkajian PQRST

Ringkasan

Asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan, merupakan salah satu tugas kita perawat dalam memberikan asuhan untuk mengurangi penderitaan klien. Kebutuhan keamanan maksudnya klien terhindar dari cedera sedangkan kebutuhan kenyamanan bermakna klien bebas dari rasa nyeri. Pelaksanaan asuhan keperawatan tetap memperhatikan langkah-langkah proses keperawatan.

Tes 2

- 1) Gambaran Quality pada pengkajian nyeri adalah....
 - A. faktor yang mempengaruhi gawat/ringannya nyeri
 - B. nyeri, seperti rasa tajam, tumpul atau tersayat
 - C. daerah perjalanan nyrei
 - D. keparahan atau intensitas nyeri
 - E. lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri

- 2) Gambaran dari Severity pada pengkajian nyeri adalah....
 - A. faktor yang mempengaruhi gawat/ringannya nyeri
 - B. nyeri, seperti rasa tajam, tumpul atau tersayat
 - C. daerah perjalanan nyrei
 - D. keparahan atau intensitas nyeri
 - E. lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

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

Tes 2

- 1) B
- 2) D

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 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U. 2005. *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elkin, et al. 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Aecond edt.
- Kozier, B. 1995. *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*. California: Addison Wesley.
- Perry, at al. 2005. *Keterampilan dan Prosedur Dasar Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. 1998. *Fundamental of Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter & Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Priharjo, Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- S. Suarli dan Yanyan Bahtiar. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Erlangga Medical Series.
- Tarwoto Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi 3. 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.

✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

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.