



BUNGA RANPAI

ILMU KEPERAWATAN DASAR

Dr. Agnes Batmomolin, S. Kep. Ns. M. Kes | Mu'awanah, S.Kep.,Ners., M.Hkes | Ns. Herlina Harahap., S.Kep., M.Kes | Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS | Dr. Drs Agus Rokot, S.Pd., M.Kes | Asep Aep Indarna, SPd., S.Kep., Ners., MPd., Mkep | Ida Bagus Oka Suyasa,S.Si,M.Si | Ana B. Montol, S.Pd., M.Si | Yusridawati, SST, S Kep, Ns., M.Kes | Ns. Marlina, SST.,S.Kep.,M.Kes | Ns. Loriza Sativa Yan, S.Kep, M.N.S | Ns.Suyamto SST., MPH | Ns. Hesty, S.Kep., M.Kes | Ns. Dasuki, M.Kep | Dewi Astuti Sudijanto, S. Kep., Ns., M. Kep | Rossyana S, S.Kp., M.Pd | Cut Mutia Tatisina, S. Kep., Ns., M. Kep | Ns. Rizkan Halalan Djafar, S.Kep.,M.Kep | Rina Tampake, SPd., S.Kep.Ns., M.Med.Ed

BUNGA RAMPAI
ILMU KEPERAWATAN DASAR

Dr. Agnes Batmomolin, S. Kep. Ns. M. Kes
Mu'awanah, SKep.,Ners., M.Hkes
Ns. Herlina Harahap., S.Kep., M.Kes
Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS
Dr. Drs Agus Rokot, S.Pd., M.Kes
Asep Aep Indarna, SPd., SKep., Ners., MPd., Mkep
Ida Bagus Oka Suyasa,S.Si,M.Si
Ana B. Montol, S.Pd., M.Si
Yusridawati, SST, S Kep, Ns., M.Kes
Ns. Marlina, SST.,S.Kep.,M.Kes
Ns. Loriza Sativa Yan, S.Kep, M.N.S
Ns.Suyamto SST., MPH
Ns. Hesty, S.Kep., M.Kes
Ns. Dasuki, M.Kep
Dewi Astuti Sudijanto, S. Kep., Ns., M. Kep
Rosyana S, S.Kp., M.Pd
Cut Mutia Tatisina, S. Kep., Ns., M. Kep
Ns. Rizkan Halalan Djafar, S.Kep.,M.Kep
Rina Tampake, SPd., S.Kep.Ns., M.Med.Ed

Editor :

Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., M.N



BUNGA RAMPAI

ILMU KEPERAWATAN DASAR

Penulis:

Dr. Agnes Batmomolin, S. Kep. Ns. M. Kes

Mu'awanah, SKep.,Ners., M.Hkes

Ns. Herlina Harahap., S.Kep., M.Kes

Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS

Dr. Drs Agus Rokot, S.Pd., M.Kes

Asep Aep Indarna, SPd., SKep., Ners., MPd., Mkep

Ida Bagus Oka Suyasa,S.Si,M.Si

Ana B. Montol, S.Pd., M.Si

Yusridawati, SST, S Kep, Ns,, M.Kes

Ns. Marlina, SST.,S.Kep.,M.Kes

Ns. Loriza Sativa Yan, S.Kep, M.N.S

Ns.Suyamto SST., MPH

Ns. Hesty, S.Kep., M.Kes

Ns. Dasuki, M.Kep

Dewi Astuti Sudijanto, S. Kep., Ns., M. Kep

Rosyana S, S.Kp., M.Pd

Cut Mutia Tatisina, S. Kep., Ns., M. Kep

Ns. Rizkan Halalan Djafar, S.Kep.,M.Kep

Rina Tampake, SPd., S.Kep.Ns., M.Med.Ed

ISBN :

978-623-8669-03-5

Editor Buku:

Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., M.N

Cetakan Pertama : 2024

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku Bunga Rampai ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Bunga Rampai ini berjudul Ilmu Keperawatan Dasar mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Ilmu Keperawatan Dasar. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Ilmu Keperawatan Dasar serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 22 Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1 Konsep Profesionalisme dalam Pelayanan Keperawatan	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Konsep Profesionalisme Keperawatan	2
BAB 2 Keperawatan Sebagai Profesi dan Organisasi Profesi Keperawatan.....	11
A. Pendahuluan.....	11
B. Konsep Profesi dan Organisasi Profesi Keperawatan	11
BAB 3 System dan Mutu Pelayanan Keperawatan.....	23
A. Pendahuluan.....	23
B. Sistem dan mutu pelayanan keperawatan	23
BAB 4 Konsep Falsafah Keperawatan.....	36
A. Pendahuluan.....	36
B. Falsafah Keperawatan.....	36
BAB 5 Konsep Manusia dan Kebutuhan Dasar	43
A. Pendahuluan.....	43
B. Konsep Kebutuhan Manusia	44
BAB 6 Pemenuhan Kebutuhan Oksigenisasi.....	53
A. Pendahuluan.....	53
B. Konsep Dasar Oksigenasi	53
BAB 7 Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit	66
A. Pendahuluan.....	66
B. Cairan dan Elektrolit sebagai Komponen Vital pada Tubuh Manusia	67
BAB 8 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi	76
A. Pendahuluan.....	76
B. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi.....	76

BAB 9 Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi	90
A. Pendahuluan.....	90
B. Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi	91
BAB 10 Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Latihan.....	116
A. Pendahuluan.....	116
B. Kebutuhan Aktivitas	117
C. Melatih Pasien Berjalan/ Ambulasi	124
BAB 11 Istirahat dan Tidur	136
A. Pendahuluan.....	136
B. Konsep Dasar Istirahat dan Tidur	136
BAB 12 Pemenuhan Kebutuhan Seksual	153
A. Pendahuluan.....	153
B. Konsep Kebutuhan Seksual.....	154
BAB 13 Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri	162
A. Pendahuluan.....	162
B. Kebutuhan Perawatan Diri.....	162
BAB 14 Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyeri.....	171
A. Pendahuluan.....	171
B. Konsep Rasa Aman dan Nyeri.....	171
BAB 15 Pemenuhan Menjelang Ajal.....	181
A. Pendahuluan.....	181
B. Konsep Pemenuhan Menjelang Ajal	182
BAB 16 Pemenuhan Kebutuhan Memiliki dan Dimiliki.....	192
A. Pendahuluan.....	192
B. Konsep Memiliki Dan Dimiliki.....	193
BAB 17 Pemenuhan Kebutuhan Harga diri	202
A. Pendahuluan.....	202
B. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Harga Diri	203

BAB 18 Konsep Pemberian Obat.....	212
A. Pendahuluan.....	212
B. Konsep Pemberian Obat	213
BAB 19 Model Teori Keperawatan	220
A. Pendahuluan.....	220
B. Model dan Teori Keperawatan	221

BAB 1

Konsep Profesionalisme dalam Pelayanan Keperawatan

Dr. Agnes Batmomolin, S. Kep. Ns. M. Kes

A. Pendahuluan

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan memengaruhi setiap segmen dan setiap profesi yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam sistem pelayanan kesehatan. Keperawatan sebagai salah satu profesi dalam sistem pelayanan kesehatan harus juga beradaptasi dengan perkembangan kesehatan modern. Pengembangan identitas profesionalisme keperawatan merupakan suatu proses berkesinambungan yang dimulai dengan menempuh pendidikan formal, yang tetap perlu dikembangkan dalam karir profesional melalui proses yang dinamis dan terarah pada pengembangan identitas profesional keperawatan

Perawat sebagai anggota profesi yang diakui diharapkan berperilaku secara spesifik sesuai standar nilai-nilai profesional yang ditentukan (Eid et al., 2018). Profesionalisme dalam keperawatan mencakup karakteristik pribadi, pengembangan diri dan nilai-nilai profesional, upaya untuk memperoleh dan meningkatkan keahlian profesional, interaksi profesional, tanggungjawab sosial, profesional, dan hukum, rasa memiliki dan mengembangkan kemampuan profesional (Azemian et al., 2021) Kepercayaan publik dan kualitas layanan merupakan hal yang sangat penting dalam profesionalisme. Kompleksnya kebutuhan perawatan, beragamnya organisasi dan profesi serta kebutuhan untuk memberikan hasil kesehatan optimal dengan biaya yang efektif merupakan tantangan profesionalisme dalam keperawatan saat ini (Franjić, 2020).

B. Konsep Profesionalisme Keperawatan

1. Beberapa Pengertian

a. Profesi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, profesi adalah bidang pekerjaan yang dilandasi pendidikan keahlian tertentu (<https://kbbi.web.id/profesi>)

b. Profesionalisasi

Profesionalisasi adalah proses dimana suatu profesi bertumbuh dan berkembang dari waktu ke waktu untuk memenuhi kriteria dan karakteristik suatu profesi. Profesionalisasi keperawatan dimulai dari dikeluarkannya izin dan peraturan yang menentukan batasan praktik dan pendidikan standar bagi profesi perawat.

c. Keperawatan

Menurut PPNI ...”keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan/asuhan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan/asuhan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia” (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2013).

d. Profesionalisme

- 1) Profesionalisme adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perilaku individu yang seharusnya ditunjukkan oleh para profesional ketika berinteraksi dengan klien mereka. Profesionalisme dan sikap profesional sering digunakan secara bergantian dalam literatur keperawatan serta dalam hubungan dengan praktik kesehatan.
- 2) Profesionalisme didefinisikan dalam konteks kode etik, hubungan profesional, kompetensi dan keterampilan komunikasi. Profesionalisme lebih dari sekedar pembelajaran dan penerapan keterampilan teknis, diperlukan penanaman sikap dan perilaku

profesional dari seluruh anggota profesi (Eid et al., 2018).

e. Keterampilan Profesional

- 1) Keterampilan profesional adalah kompetensi dan perilaku yang dipelajari dan membantu seseorang dalam profesi tertentu untuk melakukan pekerjaan dengan kemampuan terbaiknya.
- 2) Profesionalisme dalam keperawatan adalah seberapa baik seorang profesional keperawatan mewujudkan nilai-nilai utama integritas, tanggungjawab, advokasi, dan akuntabilitas dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas kepada pasien (Cusack et al., 2019).

2. Profesionalisme dalam Keperawatan

Keperawatan adalah suatu profesi unik dalam pelayanan kesehatan yang menerapkan ilmu dan seni dalam pelayanan kemanusiaan yang berfokus pada perawatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Ciri profesionalisme anggota suatu profesi adalah memiliki nilai-nilai yang sama, dan pendidikan yang serupa. Dalam keperawatan profesionalisme diwujudkan melalui tanggungjawab terhadap pekerjaan, dan dalam hubungan dengan tim layanan kesehatan di lingkungan kerja yang sehat.

Setiap profesi menganut nilai-nilai profesional dalam tugas sehari-hari. Nilai-nilai profesional merupakan kebutuhan untuk mengarahkan perilaku profesional dalam menjalin hubungan kerjasama dengan tim kesehatan lainnya dalam melaksanakan tugasnya sehari-hari (Hutagaol et al., 2024).

Profesionalisme dapat merujuk pada cara berperilaku di tempat kerja, gaya komunikasi, integritas, etos kerja dan cara menangani konflik. Profesionalisme paling sering mencakup *soft skill* seperti kepemimpinan atau kesadaran situasional, selain *hard skill* yang berkontribusi pada profesionalisme. Keduanya dibutuhkan bersamaan dalam

pelaksanaan tugas dan menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan pekerjaan.

Profesionalisme bersifat multidimensi, ditandai dengan integrasi antara komponen kognitif, sikap dan psikomotor yang harus ditunjukkan oleh individu dari profesi tertentu. Komponen kognitif profesionalisme keperawatan berfokus pada kemampuan untuk terus belajar tentang perilaku profesional dan menerapkan pengetahuan yang berkembang dalam lingkungan kerja. Dimensi sikap profesionalisme keperawatan melibatkan sikap dan gagasan yang memandu perawat melaksanakan pekerjaan dan memajukan karirnya. Idealnya sikap perawat harus selaras dengan standar praktik dan tujuan organisasi untuk kesejahteraan masyarakat. Sedangkan aspek psikomotor profesionalisme dalam keperawatan menekankan keterampilan klinis dan manajemen dalam praktik keperawatan.

Menilai profesionalisme tidak sederhana atau dengan mudah dapat digeneralisasi. Profesionalisme dinilai dengan mempertimbangkan faktor individu, hubungan antar pribadi dengan sesama anggota profesi dan dengan anggota profesi lainnya dan tim kerja, dimensi tanggungjawab sosial kemasyarakatan, aspek moralitas, politik, ekonomi dan keterkaitan antara berbagai dimensi - dimensi tersebut (Hodges et al., 2011).

Profesionalisme keperawatan merupakan konsep yang kompleks dan dinamis, diperlukan untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat, selain itu profesionalisme juga memberikan ruang untuk mengembangkan profesionalisme bagi anggota profesi perawat itu sendiri. Konsep multidimensi dalam profesionalisme keperawatan mencakup dimensi pengetahuan, sikap, dan keterampilan. Konsep ini mencakup seperangkat perilaku, nilai, dan etika untuk memberikan pelayanan kesehatan di tingkat individu, kelompok, dan komunitas

Konsep multidimensi dalam profesionalisme, dapat dibagi dalam tiga kategori yakni: parameter profesional, perilaku profesional dan tanggungjawab profesional. Parameter profesional lebih menekankan hukum dan etika, perilaku profesional mencakup masalah pengetahuan dan keterampilan yang berhubungan dengan disiplin, dengan dan penampilan serta sikap yang dapat diterima klien dan kolega, sedangkan tanggungjawab profesional mencakup tanggungjawab untuk profesi, diri sendiri, klien, pemberi kerja, dan komunitas (Tola et al., 2020).

Profesi keperawatan yang sangat luar biasa saat ini, dipengaruhi oleh pendiri keperawatan modern Florence Nightingale. Visi dan pemikirannya berkontribusi pada perkembangan keperawatan menjadi profesi bidang kesehatan yang dihargai dan mandiri. Dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, perawat perlu memahami pasien sebagai individu yang holistik (fisik, sosial, emosi, spiritual), menjadikan profesi ini unik dan berbeda dari profesi lainnya, dan dalam menjalankan tugasnya bekerjasama dengan tujuan yang sama dengan profesi kesehatan lainnya yakni untuk meningkatkan kesehatan masyarakat (Hassan, 2019).

Gambaran populer seorang perawat yakni seseorang yang berseragam, yang dapat mengukur tekanan darah, memberikan obat atau membantu prosedur perawatan tertentu. Seorang perawat profesional mencakup banyak komponen dan dimensi yang melampaui tugas dan prosedur individu tersebut. Perawat profesional harus menjunjung tinggi nilai-nilai, sikap dan perilaku profesional kepada pasien, kolega dan staf, baik dalam praktik klinis, dalam lingkungan pendidikan maupun dalam lingkungan masyarakat.

Peran penting dalam profesionalisme keperawatan antara lain memastikan keselamatan pasien dengan kualitas layanan yang melibatkan pemberian perawatan yang kompeten, aman dan etis kepada pasien, keluarga,

komunitas dan dalam kerjasama dengan tim layanan kesehatan lainnya. Profesionalisme keperawatan juga berdampak positif pada atmosfer institusi pelayanan kesehatan. Profesionalisme mendorong budaya kerjasama, saling menghormati, kejujuran dan integritas dengan tujuan utama memberikan pelayanan terbaik kepada pasien. Profesionalisme dapat mengurangi risiko konflik di tempat kerja (Kumari et al., 2024).

Dalam keperawatan, profesionalisme mencerminkan tindakan memberikan pelayanan berkualitas dengan tetap menghormati nilai-nilai yang diyakini pasien, membela dan melindungi hak pasien serta bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien. Bekerja di lingkungan profesional dapat membantu perawat mengembangkan keterampilan klinis maupun keterampilan manajemen dalam tahapan karirnya, selain itu bekerja secara profesional dapat mengumpulkan pengalaman kerja dan menciptakan peluang untuk memperkuat nilai-nilai profesional. Untuk menentukan profesionalisme perawat lima faktor yang perlu dianalisis yakni (Ichikawa et al., 2020):

- a. Akuntabilitas
- b. Pengembangan diri
- c. Sikap profesional
- d. Kemajuan profesi keperawatan, dan
- e. Keanggotaan profesional

Dalam praktik keperawatan, profesionalisme juga berarti meningkatkan metode dan standar keperawatan. Profesionalisme bermanfaat bagi semua orang di lingkungan layanan kesehatan, yakni pasien, keluarga, masyarakat, rekan kerja dan perawat itu sendiri. Selain multidimensi, sifat profesionalisme keperawatan juga bersifat dinamis dan berorientasi budaya.

Profesionalisme keperawatan memiliki karakteristik dengan enam komponen (Cao et al., 2023):

1. Bekerja untuk kepentingan pasien
2. Menunjukkan sikap humanisme

3. Mempraktikan tanggungjawab sosial
4. Peka budaya
5. Memiliki standar kompetensi yang tinggi
6. Mempunyai standar etik yang tinggi

DAFTAR PUSTAKA

- Azemian, A., Ebadi, A., & Afshar, L. (2021). Redefining the concept of professionalism in nursing: An integrative review. *Frontiers of Nursing*, 8(4), 327–340. <https://doi.org/10.2478/fon-2021-0033>
- Cao, H., Song, Y., Wu, Y., Du, Y., He, X., Chen, Y., Wang, Q., & Yang, H. (2023). What is nursing professionalism? a concept analysis. *BMC Nursing*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01161-0>
- Cusack, L., Drioli-Phillips, P. G., Brown, J. A., & Hunter, S. (2019). Re-engaging Concepts of Professionalism to Inform Regulatory Practices in Nursing. *Journal of Nursing Regulation*, 10(3), 21–27. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(19\)30144-9](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(19)30144-9)
- Eid, A., Ahmed, M., Safan, S., & Mohamed, S. (2018). Nursing professionalism: A concept analysis. *Menoufia Nursing Journal*, 3(2), 63–69. <https://doi.org/10.21608/menj.2018.121319>
- Franjić, S. (2020). Professionalism in nursing. *Saudi Journal of Nursing and Health Care*, 26(5), 241–245. <https://doi.org/10.36348/sjnhc.2020.v03i09.001>
- Hassan, S. (2019). Nursery Nursing as a Profession. *Academic Corner*, 5(1), 14–16. <https://doi.org/10.1177/146642403305400302>
- Hodges, B. D., Ginsburg, S., Cruess, R., Cruess, S., Delport, R., Hafferty, F., Ho, M.-J., Holmboe, E., Holtman, M., Ohbu, S., Rees, C., Ten Cate, O., Tsugawa, Y., Van Mook, W., Wass, V., Wilkinson, T., & Wade, W. (2011). Assessment of professionalism: Recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical Teacher*, 33(5), 354–363. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.577300>
- Hutagaol, R., Novieastari, E., Suharmanto, & Sari, S. K. W. (2024). The Importance of Professional Values from Clinical Nurses' Perspective. *Enfermería Global*, 23(1), 256–282. <https://doi.org/10.6018/eglobal.572681>
- Ichikawa, N., Yamamoto- Mitani, N., Takai, Y., Tanaka, M., & Takemura, Y. (2020). Understanding and measuring

- nurses' professionalism: Development and validation of the Nurses' Professionalism Inventory. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1607-1618. <https://doi.org/10.1111/jonm.13116>
- Kumari, P., Tiwari, S. K., Vasu, N., Joshi, P., & Mehra, M. (2024). Factors Associated with Nursing Professionalism: Insights from Tertiary Care Center in India. *BMC Nursing*, 23(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01820-4>
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2013). Standar Kompetensi Perawat Indonesia. In *Standar Kompetensi Perawat Indonesia- DiPublikasi Oleh Bidang Organisasi PP-PPNI melalui*; <http://www.inna-ppni.or.id>. <http://www.inna-ppni.or.id/innappni/mntop-standar-kompetensi.html>
- Tola, M. D., Tafesa, F., & Siraneh, Y. (2020). Assessment of Professionalism in Nursing and Factors Associated Among Nurses Working in Arsi Zone Public Hospitals, Oromia, Ethiopia, 2018. *MedRxiv*, 2020.09.28.20202986. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.28.20202986v1%0Ahttps://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.28.20202986v1.abstract>

BIODATA PENULIS



Dr. Agnes Batmomolin, S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Abusur Kisar, 13 September 1970. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Maluku. Bidang keahlian Keperawatan Maternitas dan Ilmu Biomedik Dasar. Pengalaman penelitian dan pengabdian kepada masyarakat bidang Keperawatan dan kesehatan sejak tahun 2007.

BAB 2

Keperawatan Sebagai Profesi dan Organisasi Profesi Keperawatan

Mu'awanah, SKep.,Ners., M.HKes

A. Pendahuluan

Keperawatan sebagai fungsi unik perawat yaitu membantu individu, baik sakit maupun sehat, dalam melakukan aktivitas yang menunjang kesehatan atau pemulihannya (atau kematian dengan damai) yang dilakukannya tanpa bantuan (Salma Hassan, 2010).

Keperawatan adalah perlindungan, promosi, dan optimalisasi kesehatan dan kemampuan, pencegahan penyakit dan cedera, fasilitasi penyembuhan, pengentasan penderitaan melalui diagnosis dan pengobatan respon manusia dan advokasi dalam perawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan populasi (American Nurses Association, 2015).

B. Konsep Profesi dan Organisasi Profesi Keperawatan

1. Pengertian Keperawatan

Keperawatan adalah profesi terpelajar yang dibangun diatas inti pengetahuan yang mencerminkan komponen ganda yaitu seni dan sains. Keperawatan memerlukan penilaian dan keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip ilmu biologi, fisik, perilaku, dan sosial (American Nurses Association, 2015).

Perawat menggunakan pemikiran kritis untuk mengintegrasikan dan objektif dengan pengetahuan yang diperoleh dari penilaian pengalaman subjektif konsumen layanan kesehatan. Perawat menggunakan pemikiran kritis untuk menerapkan bukti terbaik dan data penelitian untuk diagnosis dan keputusan pengobatan. Perawat terus mengevaluasi kualitas dan efektivitas praktik keperawatan

dan berupaya mengoptimalkan hasilnya (American Nurses Association, 2015).

Keperawatan mendorong pemberian layanan holistic yang berpusat pada konsumen dan hasil kesehatan yang optimal sepanjang masa hidup dan di seluruh kontinum kesehatan-penyakit dalam konteks lingkungan yang mencakup budaya, etika, hukum, politik, ekonomi, akses terhadap sumber daya layanan kesehatan, dan persaingan. Demikian pula keperawatan meningkatkan kesehatan masyarakat dengan menggunakan advokasi untuk keadilan sosial dan lingkungan, keterlibatan masyarakat dan akses terhadap layanan kesehatan berkualitas tinggi dan adil untuk memaksimalkan hasil kesehatan masyarakat dan meminimalkan kesenjangan kesehatan. Keperawatan mengadvokasi kesejahteraan, kenyamanan, martabat, dan kemanusiaan semua individu, keluarga, kelompok, komunitas dan populasi. Keperawatan berfokus pada konsumen layanan kesehatan dan kolaborasi antar profesional, berbagi pengetahuan, penemuan ilmiah dan kesejahteraan sosial (American Nurses Association, 2015).

Ada sejumlah definisi keperawatan oleh para ahli teori yang berbeda, namun definisi yang paling banyak digunakan saat ini adalah Virginia Henderson, seorang penulis, peneliti di International Council of Nursing. Dewan Keperawatan Internasional (International Council of Nursing) mendefinisikan keperawatan sebagai fungsi unik perawat yaitu membantu individu, baik sakit maupun sehat dalam melakukan aktivitas yang menunjang kesehatan atau pemulihannya (atau kematian dengan damai) yang dilakukannya tanpa bantuan jika dia mempunyai kekuatan, kemauan atau pengetahuan yang diperlukan (Salma Hassan, 2010).

Sebagai sebuah profesi, keperawatan memiliki sejarah panjang terlibat dalam advokasi untuk memperkuat dan memajukan profesi, perawatan pasien dan hasilnya, system kesehatan, dan kebijakan public. Organisasi Keperawatan

khususnya terus berperan sebagai platform penting untuk advokasi kebijakan praktik keterlibatan dalam proses politik untuk memulai, memberlakukan, menegakkan perubahan structural dan kebijakan untuk memberi manfaat bagi masyarakat (Chiu *et al.*, 2021).

Secara sederhana profesi adalah suatu pekerjaan yang memerlukan pendidikan khusus. Profesi didefinisikan sebagai pekerjaan dengan komponen etika yang ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan manusia dan sosial. Suatu profesi pada umumnya menonjol dari pekerjaan lain karena persyaratannya akan pelatihan khusus dan memperoleh pengetahuan serta keterampilan yang berkaitan dengan peran yang akan dilakukan. Keperawatan tentunya telah menjadi salah satu profesi yang bermartabat di dunia. Tidak hanya karena layanan khusus dan keterampilan khususnya, namun sangat dihargai dan diakui karena pengetahuannya yang berkelanjutan, penelitian yang berkelanjutan, dengan kode etik dan otonomi praktiknya. Perawat juga menjunjung tinggi standard yang ditetapkan oleh organisasi profesi (Salma Hassan, 2010).

2. Keperawatan Sebagai profesi

Profesi keperawatan seperti yang kita lihat saat ini sangat dipengaruhi oleh karya Florence Nightingale, pendiri keperawatan modern. Visi dan pemikirannya berkontribusi pada keperawatan menjadi disiplin perawatan kesehatan yang dihormati. Seiring dengan kemajuan keperawatan, hal ini telah terjadi berbagai peran perawat yaitu pemberi perawatan, pengambil keputusan, pelindung dan penasihat pasien, guru, manajer, konselor, pemimpin, panutan dan peneliti. Perawat dapat bekerja dalam berbagai situasi peran yang disebutkan diatas. Perawat profesional menjalankan berbagai fungsi, misalnya: memberikan asuhan keperawatan dasar adalah salah satu fungsi perawat yang utama dan paling penting dan sangat penting. Saat memberikan perawatan kepada

pasien, perawat memahami kebutuhan fisik, emosional dan spiritual pasien secara individual. Hal ini menjadikan profesi keperawatan berbeda dengan pekerjaan lainnya. Mereka adalah profesional kesehatan yang peduli dan bekerja menuju tujuan yang sama seperti anggota layanan kesehatan lainnya. Kisaran bidang spesialisasi bervariasi mulai dari praktik keluarga, kesehatan orang dewasa dan anak, kesehatan mental, perawatan akut, pediatri, geriatrik dan spesialisasi super seperti perawat onkologi. Lebih lanjut lagi, perluasan peran sebagai praktisi perawat perlu disoroti dengan perluasan pengetahuan dan perubahan cepat dalam kebutuhan perawatan kesehatan diseluruh dunia. Perawat bekerja sama dengan profesional kesehatan lainnya. Lebih lanjut, peran perawat sebagai pengambil kebijakan menunjukkan posisi profesi perawat di sektor pelayanan kesehatan masyarakat. Seorang perawat adalah orang yang sangat penting dalam tim perawatan kesehatan bersama dengan profesional kesehatan terkait lainnya. Perawat bertanggungjawab dan mempertanggungjawabkan seluruh kegiatan yang diwujudkan dalam praktiknya. Keperawatan merupakan profesi kepedulian yang berfokus pada masalah actual dan potensial manusia. Intervensi keperawatan didasarkan pada praktik berbasis bukti. Perawat juga menggunakan keterampilan pengambilan keputusan klinis mereka dalam memberikan perawatan kepada pasien (Salma Hassan, 2010).

Perawat mengambil peran kepemimpinan utama dalam menentukan dan menerapkan standard praktik keperawatan klinis, manajemen, penelitian dan pendidikan yang berdasarkan bukti dan dapat diterima. Juga berperan aktif dalam mengembangkan dan mempertahankan inti profesional, memperluas pengetahuan profesional terkini berbasis penelitian yang mendukung informasi bukti praktik (International Council of Nurses, 2021).

Keperawatan adalah salah satu profesi kesehatan yang paling berpengaruh, banyak tantangan baru yang harus dihadapi. Beberapa pengertian profesi antara lain:

- a. Profesi diartikan sebagai bidang pekerjaan yang dilandasi pendidikan keahlian (keterampilan, kejujuran dan sebagainya), dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia.
- b. Profesi sebagai suatu bidang keahlian khusus untuk menangani lapangan kerja tertentu yang membutuhkan (Prof. H. M Arifin, 1995).
- c. Prof. Dr. Piet A. Sahertian (1994) dalam bukunya "Profil Pendidikan profesional" menyatakan bahwa pada hakikatnya profesi adalah suatu janji terbuka yang menyatakan bahwa seseorang itu mengabdikan dirinya pada suatu jabatan karena terpanggil untuk menjabat pekerjaan itu.
- d. Profesi adalah seseorang yang menekuni pekerjaan berdasarkan keahlian, kemampuan, teknik dan prosedur berlandaskan intelektual (Martinus Yamin, 2007) (Asmawati, 2011).

Ciri-ciri organisasi profesi menurut Azwar (1998) adalah

- a. Organisasi profesi mempunyai kegiatan pokok yaitu menetapkan serta merumuskan standard pelayanan profesi, standard pendidikan dan pelatihan profesi serta menetapkan kebijakan profesi,
- b. Satu profesi pada umumnya hanya terdapat satu organisasi profesi dimana anggotanya berasal dari satu profesi dan telah menyelesaikan pendidikan dengan dasar ilmu yang sama dengan profesi tersebut,
- c. Organisasi profesi mempunyai misi utama yaitu untuk merumuskan kode etik dan kompetensi profesi serta memperjuangkan otonomi profesi (Fabiana Meijon Fadul, 2019).

Organisasi profesi sangat berperan penting, diantara perannya adalah:

- a. Sebagai pembina, pengembang dan pengawas terhadap mutu pendidikan keperawatan,

- b. Sebagai pembina, pengembang dan pengawas terhadap pelayanan keperawatan,
 - c. Sebagai pembina serta pengembang ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan,
 - d. Sebagai pembina, pengembang dan pengawas kehidupan profesi....buku ajar konsep dasar
- Selain mempunyai peran, organisasi profesi juga mempunyai fungsi yang sangat penting (Fabiana Meijon Fadul, 2019).

Tabel 1. Fungsi Organisasi profesi

No	Bidang	Fungsi
1.	Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menetapkan standard pendidikan keperawatan b. Mengembangkan pendidikan keperawatan berjenjang lanjut
2.	Pelayanan Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menetapkan standard profesi keperawatan b. Memberikan izin praktik c. Memberikan registrasi tenaga keperawatan d. Menyusun dan memberlakukan kode etik keperawatan
3.	IPTEK	<ul style="list-style-type: none"> a. Merencanakan, melaksanakan dan mengawasi riset keperawatan b. Merencanakan, melaksanakan dan mengawasi perkembangan IPTEK dalam keperawatan
4.	Kehidupan Profesi	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina, mengawasi organisasi profesi b. Membina kerjasama dengan pemerintah, masyarakat, profesi lain dan antar anggota c. Membina kerjasama dengan organisasi profesi sejenis dengan Negara lain

		d. Membina, mengupayakan dan mengawasi kesejahteraan anggota
--	--	--

Sumber: (Fabiana Meijon Fadul, 2019).

3. Organisasi Profesi Keperawatan

a. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

Organisasi perawat tingkat nasional yang mewadahi bagi perawat di Indonesia yaitu Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) yang berdiri tanggal 17 Maret 1974. Seiring dengan kemajuan IPTEK, PPNI mempunyai beberapa keahlian sesuai disiplin ilmunya (seminat) (Fabiana Meijon Fadul, 2019).

Tabel 2. Ikatan dan Himpunan Perawat Seminar di Indonesia

No	Nama Seminar	Uraian
1.	HIPMEBI	Himpunan Perawat Medikal Bedah Indonesia
2.	IPDI	Ikatan Perawat Dialisis Indonesia
3.	HIPGABI	Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia
4.	IPEMI	Ikatan Perawat Maternitas Indonesia
5.	IPANI	Ikatan Perawat Anak Nasional Indonesia
6.	IPKJI	Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia
7.	IPKKI	Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia
8.	HPUI	Himpunan Perawat Urologi Indonesia
9.	IKPAMI	Ikatan Perawat Mata Indonesia
10.	HIPERCCI	Himpunan Perawat Critical Care Indonesia
11.	HIPKABI	Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia

12.	INKAVIN	Ikatan Ners Kardiovaskuler Indonesia
13.	HPMI	Himpunan Perawat Manajer Indonesia
14.	HIMPONI	Himpunan Perawat Onkologi Indonesia
15.	HIPEGI	Himpunan Perawat Endoskopi Gastrointestinal Indonesia
16.	InWOCNA	Indonesian Wound Ostomy Continence Nurse Association
17.	HIPPI	Himpunan Perawat Pengendali Infeksi Indonesia
18.	PPBI	Perhimpunan Perawat Bronkoskopi Indonesia
19.	HIPENI	Himpunan Perawat Neurosains Indonesia
20.	IPOTI	Ikatan Perawat Orthopedi Dan Trauma Indonesia
21.	PERKESJA	Perhimpunan Perawat Kesehatan Kerja Indonesia
22.	HIPERUDI	Himpunan Perawat Udara Indonesia
23.	HIPANI	Himpunan Perawat Anestesi Indonesia

Sumber:(PPNI, 2023).

b. International Council of Nursing (ICN)

Merupakan organisasi profesional wanita pertama didunia yang didirikan tanggal 1 Juli 1899 yang dikomandani oleh Mrs. Bedford Fenwick. ICN merupakan federasi perhimpunan perawat diseluruh dunia. Tujuan pendirian ICN adalah memperkokoh silaturahmi para perawat diseluruh dunia untuk membicarakan berbagai masalah tentang keperawatan, menjunjung tinggi peraturan dalam ICN agar dapat mencapai kemajuan dalam pelayanan, pendidikan keperawatan berdasarkan kode etik profesi keperawatan.

- c. American Nursing Association (ANA)
Organisasi profesi perawat di Amerika Serikat atau disingkat ANA, didirikan pada akhir tahun 1800 yang beranggotakan organisasi perawat dari Negara-negara bagian. ANA mempunyai peran dalam menetapkan standard praktik keperawatan, melakukan penelitian untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan serta menampilkan profil keperawatan profesional dengan pemberlakuan legislasi keperawatan.
- d. Canadian Nurses Association (CNA)
Asosiasi perawat nasional Canada yang disingkat dengan CAN, mempunyai tujuan yang sama dengan ANA yaitu membuat standard praktik keperawatan, mengusahakan peningkatan standard praktik keperawatan, mendukung peningkatan profesionalisasi keperawatan dan meningkatkan kesejahteraan perawat. CAN turut berperan aktif dalam meningkatkan mutu pendidikan keperawatan, pemberian izin bagi praktik keperawatan mandiri.
- e. National League for Nursing (NLN)
Organisasi terbuka untuk semua orang yang berkaitan dengan keperawatan atau disebut dengan NLN meliputi perawat, non perawat seperti asisten perawat (pekerja) dan agencies. NLN didirikan pada tahun 1952, mempunyai tujuan untuk membantu pengembangan dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan pendidikan keperawatan.
- f. British Nurses Association (BNA)
Asosiasi perawat nasional di Inggris atau BNA didirikan tahun 1887 oleh Mrs. Fernwick. BNA mempunyai tujuan memperkuat persatuan dan kesatuan seluruh perawat di Inggris dan berusaha memperoleh pengakuan terhadap profesi keperawatan (Fabiana Meijon Fadul, 2019).
- g. Asosiasi Perawat Terlatih India (TNAI)
TNAI adalah asosiasi profesi perawat nasional India, didirikan tahun 1905 yang pada sejarah

perkembangannya berawal dari Asosiasi Pengawas Keperawatan didirikan di Lucknow.

TNAI melaksanakan tujuannya untuk menyiapkan kurikulum dasar keperawatan, memberikan beasiswa bagi perawat yang ingin melanjutkan studi lanjutan baik di dalam maupun di luar negeri, memulai studi perbaikan kondisi ekonomi perawat, melaksanakan kajian aspek keperawatan secara mandiri maupun bekerjasama dengan beberapa instansi lain (Bansriar, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association (2015) *Overview of the Content Essential Documents of Profesional Nursing Additional Content*. The Publishing Program of ANA.
- Asmawati, A. (2011) 'Buku Etika Profesi dan Hukum Kesehatan'.
- Bansriar, S. (2021) 'role of profesional associations in LIS', 7(9), pp. 88-91.
- Chiu, P. *et al.* (2021) 'Policy Advocacy and Nursing Organizations: A Scoping Review', *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 22(4), pp. 271-291. Available at: <https://doi.org/10.1177/15271544211050611>.
- Fabiana Meijon Fadul (2019) *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan*.
- International Council of Nurses (2021) *The ICN Code of Ethics for Nurses: Revised 2021*, International Council of Nurses. Available at: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_eng.pdf.
- PPNI (2023) *Home: PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA*. Available at: <https://simk.ppni-inna.org/index.php/public/information/news-detail/1624>.
- Salma Hassan (2010) 'Nursing as a Profession', *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 54(3), pp. 129-133. Available at: <https://doi.org/10.1177/146642403305400302>.

BIODATA PENULIS



Mu'awanah, S.Kep.,Ners., MHKes lahir di Kudus Jawa Tengah. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) FK Universitas Padjadjaran Bandung dan S2 di Fakultas Hukum Program Studi Hukum Kesehatan Universitas Katholik Soegijapranata Semarang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi Keperawatan Blora Program Diploma Tiga Poltekkes Kemenkes Semarang. Penulis menekuni bidang penulis dan telah 6 buku yang penulis tulis.

BAB 3

System dan Mutu Pelayanan Keperawatan

Ns. Herlina Harahap., S.Kep., M.Kes

A. Pendahuluan

Mutu pelayanan keperawatan sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan di mata masyarakat. Pelaksanaan kegiatan jaminan mutu pelayanan keperawatan dirumah sakit dapat dilakukan dalam bentuk kegiatan pengendalian mutu. dan salah satu indikator klinik mutu pelayanan adalah keselamatan pasien (Nursalam, 2013).

Mutu pelayanan keperawatan di Indonesia masih dianggap kurang memuaskan, dikarenakan oleh beberapa alasan seperti, perawat yang kurang perhatian kepada pasien, perawat kurang memberikan caring kepada pasien, perawat kurang tanggap dalam menangani keluhan pasien, perawat kurang dalam pemberian motivasi kepada pasien dan perawat kurang memperhatikan sikap teraupetik kepada pasien (Setianingsih dan Khayati, 2016). Hal ini menyebabkan kepuasan yang dirasakan oleh pasien serta kenyamanan pasien pada perawat kurang maksimal.

B. Sistem dan mutu pelayanan keperawatan

1. Pengertian Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu pelayanan keperawatan merupakan cerminan dari kualitas layanan yang diberikan oleh tenaga keperawatan kepada pasien. Pelayanan ini tidak hanya terbatas pada individu yang sedang mengalami sakit, tetapi juga mencakup mereka yang dalam kondisi sehat. Keperawatan yang berkualitas tinggi mencakup beberapa aspek holistik yang sangat penting, yaitu aspek biologis,

psikologis, sosial, dan spiritual. Secara biologis, pelayanan keperawatan melibatkan berbagai tindakan medis yang bertujuan untuk menangani masalah kesehatan fisik pasien. Ini termasuk pemantauan tanda vital, pemberian obat sesuai resep, perawatan luka, serta berbagai intervensi lainnya yang ditujukan untuk mendukung pemulihan atau mempertahankan kondisi kesehatan pasien. Keperawatan yang berkualitas memastikan bahwa setiap tindakan medis dilakukan dengan cermat dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Dalam aspek psikologis, pelayanan keperawatan memberikan perhatian khusus pada kesehatan mental dan emosional pasien. Perawat menyediakan dukungan psikologis, melakukan konseling, dan membantu mengelola stres serta kecemasan yang mungkin dialami oleh pasien. Dukungan ini sangat penting, karena kondisi mental yang baik dapat mempercepat proses penyembuhan fisik dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan (Asmuji, 2013).

Aspek sosial dari pelayanan keperawatan mengakui pentingnya hubungan sosial dan lingkungan dalam proses penyembuhan. Perawat berperan dalam memastikan bahwa pasien mendapatkan dukungan dari keluarga dan komunitasnya. Mereka juga menciptakan lingkungan perawatan yang ramah dan mendukung, yang dapat membantu pasien merasa lebih nyaman dan termotivasi untuk sembuh. Selain itu, pelayanan keperawatan juga mempertimbangkan aspek spiritual dari kesehatan pasien. Ini melibatkan penghormatan terhadap keyakinan dan praktik spiritual pasien, serta memberikan dukungan dalam hal kebutuhan spiritual mereka. Perawat membantu pasien menemukan makna dan tujuan hidup mereka, serta memberikan dorongan untuk menjalankan praktik keagamaan atau spiritual sesuai kepercayaan masing-masing. Mutu pelayanan keperawatan diukur berdasarkan kepatuhan terhadap standar keperawatan yang telah ditetapkan. Standar ini mencakup pedoman, prosedur, dan protokol yang

dirancang untuk memastikan bahwa setiap tindakan keperawatan dilakukan dengan cara yang aman, efektif, dan etis. Dengan mengikuti standar ini, perawat dapat memberikan layanan yang konsisten dan berkualitas tinggi, yang pada akhirnya meningkatkan hasil kesehatan dan kualitas hidup pasien. Dalam keseluruhan proses ini, mutu pelayanan keperawatan menjadi tolok ukur utama dalam menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan secara umum. Dengan demikian, mutu yang tinggi dalam pelayanan keperawatan merupakan tujuan yang harus dicapai oleh setiap profesional keperawatan untuk memastikan bahwa setiap pasien mendapatkan perawatan yang terbaik dan paling efektif (Asmuji, 2013)

2. Tujuan Mutu Pelayanan Keperawatan

Menurut Triwibowo (2013) tujuan mutu pelayanan keperawatan terdapat 5 tahap yaitu :

- a. Tahap pertama adalah penyusunan standar atau kriteria. Dimaksudkan agar asuhan keperawatan lebih terstruktur dan terencana berdasarkan standar kriteria masing-masing perawat
- b. Tahap kedua adalah mengidentifikasi informasi yang sesuai dengan kriteria. Informasi disini diharapkan untuk lebih mendukung dalam proses asuhan keperawatan dan sebagai pengukuran kualitas pelayanan keperawatan
- c. Tahap ketiga adalah identifikasi sumber informasi. Dalam memilih informasi yang akurat diharuskan penyeleksian yang ketat dan berkesinambungan. Beberapa informasi juga didapatkan dari pasien itu sendiri
- d. Tahap keempat adalah mengumpulkan dan menganalisa data. Perawat dapat menyeleksi data dari pasien dan kemudian menganalisa satu-persatu
- e. Tahap kelima adalah evaluasi ulang. Tahap ini berfungsi untuk meminimalkan kekeliruan dalam pengambilan keputusan pada asuhan dan tindakan keperawatan.

Tujuan keperawatan merupakan hal yang harus direncanakan secara optimal oleh perawat. Tujuan keperawatan menurut Asmuji (2013) menyebutkan:

- a. Tujuan keperawatan harus jelas, sehingga tercipta output keberhasilan yang optimal. Dari hasil yang optimal maka akan mendukung kinerja dan meningkatkan kerja perawat
- b. Tujuan yang memiliki kriteria sulit dan menantang harus dikolaborasikan dengan tim sejawat lain maupun tim medis lainnya. Disini perawat tidak diperkenankan untuk melakukan tindakan secara persepsi tetapi secara rasional berdasarkan hasil diskusi
- c. Tujuan keperawatan diharuskan dapat diukur, berisi ketentuan kuantitatif sehingga akan lebih mudah membandingkan seberapa besar pencapaian keberhasilan tersebut
- d. Tujuan keperawatan harus berdasarkan waktu yang ditentukan, agar pencapaian target lebih baik lagi. Waktu yang optimal dilaksanakan dengan target dan tidak mengesampingkan kolaborasi dengan pasien.

3. Faktor Mutu Pelayanan Keperawatan

Menurut Triwibowo (2013) faktor-faktor yang memengaruhi mutu pelayanan keperawatan meliputi 6 kriteria yaitu :

- a. Mengenal kompetensi diri, seorang perawat yang profesional harus mengetahui kelebihan dan kekurangan yang ada pada dirinya sebelum merencanakan dan melakukan tindakan keperawatan kepada pasien. Dengan adanya introspeksi diri secara kontinu akan meminimalisir kejadian potensial cedera dan kejadian yang tidak diharapkan
- b. Meningkatkan koordinasi, perawat patut berkolaborasi dan menopang kerja sama dalam memberikan asuhan keperawatan bersama tenaga medis, teman sejawat, keluarga pasien, dan pasien

- c. Pengetahuan dan keterampilan yang mutakhir, berarti perawat diharapkan memiliki wawasan yang luas dan up to date agar dapat menyelesaikan masalah pasien dengan tepat dan cermat
 - d. Penuntasan tugas, perawat adalah tenaga Kesehatan yang terdekat dengan pasien. Maka dari itu perawat dituntut agar melakukan pengkajian dan pendokumentasian masalah pasien dengan teliti
 - e. Pertimbangan prioritas masalah keperawatan, seorang perawat patut mampu melakukan pemilahan dan Tindakan yang sesuai dan menjadi prioritas pasien
 - f. Evaluasi berkesinambungan, setelah dilakukan perencanaan keperawatan, selanjutnya perawat harus mampu melakukan evaluasi secara kontinu agar implementasi keperawatan dapat terlaksana dengan efektif.
4. Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu pelayanan keperawatan sebagai alat ukur dari kualitas pelayanan keperawatan dan menjadi salah satu faktor penentu citra instansi pelayanan kesehatan di masyarakat. Dikarenakan keperawatan merupakan salah satu profesi dengan jumlah terbanyak dan yang paling dekat dengan pasien. Mutu pelayanan keperawatannya sendiri dilihat dari kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan puas atau tidak puas (Nursalam, 2015).

Menurut Nursalam (2015) suatu pelayanan keperawatan harus memiliki mutu yang baik dalam pelaksanaannya. Diantaranya adalah:

- a. Caring adalah sikap peduli yang ditunjukkan oleh perawat kepada pasiennya. Perawat akan senantiasa memberikan asuhan dengan sikap yang siap tanggap dan perawat mudah dihubungi pada saat pasien membutuhkan perawatan

- b. Kolaborasi adalah tindakan kerja sama antara perawat dengan anggota medis lain, pasien, keluarga pasien, dan tim sejawat keperawatan dalam menyelesaikan prioritas perencanaan pasien. Disini perawat juga bertanggung jawab penuh dalam kesembuhan dan memotivasi pasien
 - c. Kecepatan, suatu sikap perawat yang cepat dan tepat dalam memberikan asuhan keperawatan. Dimana perawat menunjukkan sikap yang tidak acuh tak acuh, tetapi akan memberikan sikap baik kepada pasien.
 - d. Empati adalah sikap yang harus ada pada semua perawat. Perawat akan selalu memperhatikan dan mendengarkan keluhan kesah yang dialami pasien. Tetapi perawat tidak bersikap simpati, sehingga perawat dapat membimbing kepercayaan pasien
 - e. Courtesy adalah sopan santun yang ada pada diri perawat sendiri. Perawat tidak akan cenderung membela satu pihak, tetapi perawat akan bersikap netral kepada siapapun pasien mereka. Perawat juga akan menghargai pendapat pasien, keluarga pasien dan tim medis lain dalam hal kebaikan dan kemajuan pasien
 - f. Sincerity adalah kejujuran dalam diri perawat. Jujur juga merupakan salah satu kunci keberhasilan perawat dalam bertanggung jawab atas kesembuhan dan keluhan yang dialami pasien
 - g. Komunikasi teraupetik merupakan salah satu cara yang paling mudah untuk dilakukan perawat dalam memberikan asuhan. Karena komunikasi teraupetik sendiri merupakan cara efektif agar pasien merasa nyaman dan lebih terbuka dengan perawat
5. Kualitas Pelayanan Keperawatan

Kualitas pelayanan keperawatan adalah aspek yang sangat penting dalam sistem pelayanan kesehatan, karena berdampak langsung pada kepuasan pasien dan hasil klinis. Kualitas pelayanan keperawatan mencakup berbagai faktor, termasuk kompetensi perawat, interaksi perawat-pasien, manajemen perawatan, dan lingkungan kerja perawat.

Berikut adalah beberapa aspek penting dari kualitas pelayanan keperawatan (Marquis, B. L., & Huston, C. J 2017):

- a. Kompetensi dan Pengetahuan Perawat
Kompetensi perawat mencakup pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan dalam memberikan perawatan yang efektif dan aman kepada pasien. Pendidikan dan pelatihan terus-menerus sangat penting untuk menjaga dan meningkatkan kompetensi perawat
 - b. Interaksi Perawat-Pasien
Interaksi yang baik antara perawat dan pasien dapat meningkatkan kepuasan pasien dan hasil klinis. Komunikasi yang efektif, empati, dan kepekaan terhadap kebutuhan pasien adalah kunci dalam interaksi ini.
 - c. Manajemen Perawatan
Manajemen perawatan yang baik mencakup koordinasi tim perawatan kesehatan, dokumentasi yang tepat, dan penggunaan teknologi dalam perawatan pasien. Ini membantu memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang tepat waktu dan sesuai
 - d. Lingkungan Kerja Perawat
Lingkungan kerja yang mendukung, termasuk beban kerja yang wajar, dukungan dari manajemen, dan akses terhadap sumber daya yang memadai, dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.
6. Penilaian Mutu Pelayanan Keperawatan

Penilaian Mutu Pelayanan Keperawatan a. Audit Struktur (Input) Struktur merupakan masukan (input) yang meliputi sarana fisik perlengkapan/peralatan, organisasi, manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya dalam fasilitas keperawatan. Baik tidaknya struktur sebagai input dapat diukur dari jumlah besarnya mutu, mutu struktur, besarnya anggaran atau biaya dan kewajaran. Penilaian juga dilakukan terhadap perlengkapan-perengkapan dan instrumen yang tersedia dan dipergunakan untuk pelayanan. Selain itu pada aspek fisik, penilaian juga mencakup pada karakteristik dari administrasi organisasi dan kualifikasi dari profesi kesehatan. Aspek

dalam komponen struktur (WHO, 2013) dapat dilihat melalui:

- a. Fasilitas, yaitu kenyamanan, kemudahan mencapai pelayanan dan keamanan
- b. Peralatan, yaitu suplai yang adekuat dan seni menempatkan peralatan
- c. Staf, meliputi pengalaman, tingkat absensi, rata-rata turnover dan rasio pasien-perawat
- d. Keuangan, yaitu meliputi gaji, kecukupan dan sumber keuangan.
- e. Tenaga, obat teknologi dan informasi.

Penilaian mutu pelayanan keperawatan adalah proses sistematis untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas layanan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Penilaian ini bertujuan untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan memenuhi standar yang ditetapkan dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan secara keseluruhan.

Beberapa aspek penting dalam penilaian mutu pelayanan keperawatan meliputi:

- a. **Standar Pelayanan Keperawatan:** Penetapan standar yang jelas untuk pelayanan keperawatan, termasuk protokol dan prosedur yang harus diikuti oleh perawat.
- b. **Evaluasi Kinerja:** Penilaian kinerja perawat melalui berbagai metode seperti audit klinis, observasi langsung, dan penilaian rekan sejawat.
- c. **Kepuasan Pasien:** Mengukur kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan melalui survei dan wawancara.
- d. **Outcome Kesehatan:** Menilai hasil kesehatan pasien sebagai indikator efektivitas layanan keperawatan, seperti tingkat kesembuhan, komplikasi, dan tingkat readmisi
- e. **Pelatihan dan Pengembangan:** Menilai kebutuhan pelatihan dan pengembangan profesional bagi perawat untuk memastikan mereka memiliki kompetensi yang diperlukan.

7. Manajemen Mutu

Ada empat prinsip utama dalam manajemen mutu (Bustami, 2011):

a. Kepuasan pelanggan

Konsep mengenai kualitas dan pelanggan. Pelanggan mengalami perluasan. Kualitas mengalami perluasan. Kualitas tidak lagi bermakna kesesuaian dengan spesifikasi tertentu, tetapi kualitas ditentukan lagi bermakna kesesuaian dengan spesifikasi tertentu, tetapi kualitas ditentukan oleh pelanggan. Pelanggan itu sendiri meliputi pelanggan internal, pelanggan oleh pelanggan. Pelanggan itu sendiri meliputi pelanggan internal, pelanggan eksternal dan intermediate. Kebutuhan pelanggan diusahakan untuk dipuaskan eksternal dan intermediate. Kebutuhan pelanggan diusahakan untuk dipuaskan dalam segala aspek termasuk di dalamnya harga, kenyamanan, keamanan, dan dalam segala aspek termasuk di dalamnya harga, kenyamanan, keamanan, dan ketepatan waktu.

b. Penghargaan terhadap setiap orang

Dalam organisasi kelas dunia, setiap karyawan dipandang sebagai sumber daya. Dalam organisasi kelas dunia, setiap karyawan dipandang sebagai sumber daya organisasi yang paling bernilai. Oleh karena itu, setiap orang dalam organisasi yang paling bernilai. Oleh karena itu, setiap orang dalam organisasi diperlakukan dengan baik dan diberi kesempatan untuk terlibat dan berpartisipasi. Diperlakukan dengan baik dan diberi kesempatan untuk terlibat dan berpartisipasi dalam tim pengambilan keputusan.

c. Manajemen berdasarkan fakta

Manajemen berdasarkan fakta. Organisasi kelas dunia berorientasi fakta. Maksudnya bahwa setiap keputusan Organisasi kelas dunia berorientasi fakta.

Maksudnya bahwa setiap keputusan selalu didasarkan pada data dan informasi, bukan sekedar perasaan. selalu didasarkan pada data dan informasi, bukan sekedar perasaan

- d. Perbaikan berkesinambungan
Agar dapat sukses, setiap organisasi perlu melakukan proses secara sistematis. Agar dapat sukses, setiap organisasi perlu melakukan proses secara sistematis dalam melaksanakan perbaikan berkesinambungan.

8. System Kualitas Pelayanan Kesehatan

Sistem ini akan memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang efektif dengan melihat nilai yang ada di masyarakat. Bagian dalam sistem tersebut antara lain:

- a. Input (masukan)

Merupakan subsistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah sistem, seperti sistem pelayanan kesehatan, maka masukan dapat berupa potensi masyarakat, tenaga kesehatan, sarana kesehatan dan lainnya

- b. Proses

Suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah sebuah masukan untuk menjadikan sebuah hasil yang diharapkan dari system tersebut, sebagaimana contoh dalam sistem pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud proses adalah berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.

- b. Output (keluaran) Hasil yang diperoleh dari sebuah proses dalam sistem pelayanan kesehatan hasilnya dapat berupa pelayanan kesehatan berkualitas efektif, dan efisien, serta dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat sehingga pasien cepat sembuh dan sehat optimal

- c. Dampak Merupakan akibat yang dihasilkan dari output (keluaran) yang terjadi relatif lama waktunya. Setelah hasil dicapai, sebagaimana dalam sistem pelayanan kesehatan, maka dampaknya akan menjadikan

- masyarakat(at sehat dan mengurangi angka kesakitan dan kematian karena pelayanan teriangu oleh Masyarakat
- d. Umpan balik Merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadikan masukan dan ini terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling memengaruhi. Umpan balik dalam sistem pelayanan kesehatan dapat berupa kualitas tenaga kesehatan yang juga dapat menjadikan input yang selalu meningkat
 - e. Lingkungan Lingkungan disini adalah semua keadaan diluar sistem tetapi dapat memengaruhi pelayanan kesehatan sebagaimana dalam system pelayanan kesehatan, lingkungan yang dimaksud dapat berupa lingkungan strategis, atau situasi kondisi sosial yang ada di masyarakat seperti institusi diluar pelayanan Masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmuji, (2013). *Manajemen Keperawatan : Konsep dan Aplikasi*. Jogjakarta : Arruzz Media.
- Bustami, (2011). *Penjamin Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Padang: Penerbit Erlangga
- Marquis, B.L & Huston C.J. (2013). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan*. Alih bahasa Widyawati, dkk. Jakrta: EGC.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional*. Edisi 4. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Triwibowo. (2013). *Manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit*. Jakarta: TIM.
- World Health Organization. (2013). *Service Availability and Readiness Assessment (SARA): An Annual Monitoring System for Service Delivery*. Geneva: WHO.

BIODATA PENULIS



Ns. Herlina Harahap, S.Kep., M.Kes lahir di Batu Raja/ 24 November 1982. Riwayat pendidikan penulis adalah menyelesaikan Pendidikan SI di STIKes Harapan Ibu Jambi jurusan Ilmu Keperawatan pada Tahun 2004 – 2006 dan pendidikan S2 di Universitas Kader Bangsa jurusan Kesehatan Reproduksi (Kespro) pada tahun 2012-2014. Penulis bekerja sebagai Dosen tetap di STIKes Baiturrahim Prodi SI Keperawatan. Rutinitas penulis adalah sebagai tenaga pengajar di Prodi SI Keperawatan dengan Mata Kuliah Ilmu Dasar Keperawatan dan Keperawatan Sistem Pencernaan, Keperawatan Sistem Endokrin dan Ilmu Keperawatan Dasar II Selain mengajar, penulis aktif sebagai peneliti dan melaksanakan pengabdian kepada masyarakat. Email Penulis: herlinaharahap53@gmail.com

BAB 4

Konsep Falsafah Keperawatan

Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS

A. Pendahuluan

Falsafah keperawatan adalah inti dari praktik keperawatan yang membimbing tindakan dan keputusan yang diambil oleh para praktisi keperawatan. Ini adalah landasan yang mendefinisikan esensi, nilai-nilai, tujuan, dan prinsip-prinsip yang membentuk identitas dan praktik keperawatan. Falsafah keperawatan mengakui kompleksitas manusia sebagai individu yang unik dan kompleks, serta menekankan pentingnya penghormatan terhadap martabat manusia, pemberdayaan individu, dan pemeliharaan kesejahteraan holistik.

Falsafah keperawatan juga mengakui pentingnya kolaborasi, baik dengan pasien maupun dengan anggota tim kesehatan lainnya, dalam memberikan perawatan yang optimal. Selain itu, falsafah ini mendorong praktisi keperawatan untuk mengintegrasikan bukti ilmiah terbaru dengan pengetahuan klinis dan pengalaman praktis dalam pengambilan keputusan klinis (American Nurses Association, 2015).

B. Falsafah Keperawatan

1. Pengertian Falsafah Keperawatan

Filsafat adalah tentang tujuan hidup manusia, keberadaan dan kenyataan, teori dan batasan pengetahuan (Rofii, 2021). Filsafat merupakan sumber inspirasi yang memungkinkan profesi, terutama bidang ilmu, untuk berkembang di atas yang lain. Filosofi suatu disiplin ilmu tidak hanya harus menekankan ide dasar dan akar dari

mana disiplin tersebut berkembang, tetapi juga harus sesuai dengan perkembangan teknologi, nilai-nilai sosial dan budaya kontemporer, dan pergeseran tradisi dan norma (Bhardwaj, 2023).

Falsafah keperawatan adalah pandangan perawat tentang prinsip-prinsip keperawatan yang membantu mereka memberikan perawatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Rofii, 2021).

2. Ontologi, Epistemologi dan Aksiologi Ilmu Keperawatan

Semua bidang ilmu membutuhkan filsafat untuk tumbuh dan berkembang. Ini memberikan pedoman untuk suatu disiplin dan aktivitas yang dilakukan di dalamnya. Sebagai disiplin ilmu, keperawatan memiliki filosofi unik yang berkembang dan diperkaya dengan berbagai teori. Filosofi keperawatan membentuk prinsip, moral, dan keyakinan profesi. Konsep atau cabang yang lebih khusus, seperti epistemologi, ontologi, aksiologi, dan sebagainya, termasuk dalam filsafat disiplin ilmu termasuk keperawatan (Bhardwaj, 2023).

Ontologi akan mencari jawaban terhadap fenomena. Pertanyaan ontologis tentang hakikat keperawatan ini sangat penting karena akan menentukan tujuan pengembangan pengetahuan keperawatan (Prabawati, 2020). Ontologi keperawatan, atau konsep inti keperawatan, selalu terdiri dari kasih sayang, kepedulian, etika, dan persepsi keperawatan sebagai seni. Paradigma meta dalam keperawatan mengacu pada empat pilar utama praktik tersebut: manusia, keperawatan, lingkungan, dan kesehatan. Teori-teori yang termasuk dalam teori besar dan menengah adalah teori-teori paling awal yang membantu membangun landasan filosofis untuk keperawatan. Pandangan masa lalu menunjukkan bahwa keperawatan adalah pekerjaan yang dominan di kalangan perempuan karena sifat kepedulian dan humanisme yang melekat pada perempuan. Akibatnya, feminisme selalu disorot sebagai

prinsip utama di banyak platform, menghasilkan istilah "wanita dengan lampu" (Bhardwaj, 2023; Bruce et al., 2014).

Epistemologi mencari jawaban atas fenomena yang terjadi. Sifat filosofi ini sangat memengaruhi cara perawat melihat fenomena pekerjaan (Prabawati, 2020). Epistemologi keperawatan awalnya didasarkan pada berbagai sumber konvensional yang ada. Teori-teori seperti positivisme, empirisme, idealisme, rasionalisme, dan konstruktivisme termasuk dalam kategori ini. Pandangan-pandangan ini sangat penting karena berbagai teori dan kerangka konseptual telah dibangun dan dibawa selama bertahun-tahun. Prinsip-prinsip ini membantu generasi perawat sebelumnya, seperti Generasi X, Baby Boomer, dan Pasca Perang Dunia II, memberikan perawatan dan membangun dasar pengetahuan dalam profesi keperawatan (Bhardwaj, 2023). Epistemologi keperawatan melihat bagaimana pengetahuan dibuat, diidentifikasi, dan divalidasi dalam, untuk, dan tentang keperawatan Etika keperawatan mempelajari fenomena moral dan karakteristik praktik keperawatan yang baik (Bruce et al., 2014).

Aksiologi memainkan aspek penting nilai dan etika dalam proses ilmiah. Pertanyaan yang muncul dari aksiologi menyangkut relevansi, sifat dan jenis teori yang diperlukan untuk praktik keperawatan (Prabawati, 2020). Konsep aksiologis yang selalu menjadi dasar disiplin biasanya mencakup pendekatan kepedulian, mengikuti semua nilai etika, memiliki tujuan, dan meningkatkan kesehatan dengan mencegah penyakit. Ini memberikan arahan untuk strategi yang diperlukan untuk meningkatkan karir dan disiplin. Ini secara tradisional bersifat eksperimental dan deskriptif dan memandu teori dan pendekatan penelitian. Pendekatan profesionalisme dan penelitian membantu keperawatan berkembang menjadi suatu disiplin ilmu tersendiri dengan kumpulan

pengetahuan yang canggih dan terus berkembang (Bhardwaj, 2023).

3. Keterkaitan antara Falsafah dengan Praktik Klinik

Pemahaman yang lebih baik tentang hubungan antara masalah filosofis dan praktis dalam keperawatan profesional sangat penting, tidak hanya untuk disiplin perawat tetapi juga untuk praktik profesional kita (Bruce et al., 2014). Filosofi membantu perawat untuk berpikir lebih kritis dan merefleksikan bagaimana nilai-nilai mereka mempengaruhi kehidupan dan praktik mereka. Falsafah keperawatan meningkatkan kemampuan perawat, meningkatkan kemampuan mereka, mengintegrasikan nilai-nilai keperawatan, dan mengembangkan kesadaran kemanusiaan. Falsafah juga memberikan kerangka dasar bagi perawat untuk berpikir, membuat keputusan, dan bertindak dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal.

Terdapat 3 kaitan antara falsafah keperawatan dengan praktik klinik (Bruce et al., 2014), antara lain:

a. Filsafat sebagai konten dalam keperawatan

Filsafat digunakan untuk mengidentifikasi fenomena inti yang menarik bagi disiplin ilmu, pertanyaan yang berkaitan dengan manusia, lingkungan dan kesehatan. Dengan mengidentifikasi dan mengkomunikasikan tujuan perawat dalam konteks praktik, filsafat dapat memberikan perspektif yang relevan dengan praktik.

b. Filsafat sebagai metode dalam keperawatan

Perawat menggunakan filsafat untuk mengakses beragam interpretasi dan pengalaman realitas. Perawat menggunakan filosofi sebagai cara untuk memeriksa, mengkritik, menantang, dan berdebat tentang situasi klinis yang mengancam keselamatan pasien dan asuhan keperawatan yang etis. Filsafat memberi perawat alat untuk bertindak sebagai agen moral dalam pengaturan praktik dan membangun "kapasitas untuk mengenali,

mempertimbangkan, merenungkan, dan bertindak berdasarkan tanggungjawab moral." Dengan kata lain, filsafat memberi perawat bahasa untuk meningkatkan kesadaran akan asumsi-asumsi yang mungkin mengarahkan praktik keperawatan mereka. Hal ini dapat memungkinkan perawat untuk mendorong batas-batas percakapan layanan kesehatan untuk mempertimbangkan kembali prinsip-prinsip keperawatan etis dan peran perawat dalam layanan kesehatan. Dalam situasi seperti ini, perawat dapat menekankan masalah penting yang mungkin belum diketahui tanpa penyelidikan atau refleksi lebih lanjut, dan mendorong pemahaman yang lebih kritis tentang ide dan praktik yang secara tidak langsung mendasari praktik kerja yang ada dan yang disarankan.

c. Filsafat sebagai cara hidup dan praktik

Perawat mewujudkan filosofi dalam tindakan mereka dalam perawatan orang lain. Filsafat mengarah pada transformasi menuju kebijaksanaan. Filsafat dapat memberikan kesempatan untuk menyadari bagaimana nilai-nilai dan keyakinan mereka mempengaruhi praktik perawat. Keutamaan kepedulian dianggap sebagai nilai sentral dari mandat sosial yang dipegang perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association. (2015). *Overview of the Content Essential Documents of Profesional Nursing Additional Content*. July, 2-16. <https://www.nursingworld.org/~4af71a/globalassets/catalog/book-toc/nssp3e-sample-chapter.pdf>
- Bhardwaj, R. S. (2023). *Changes in Philosophy of Nursing*. 9(July), 27-31. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8171702>
- Bruce, A., Rietze, L., & Lim, A. (2014). Understanding Philosophy in a Nurse's World: What, Where and Why? *Nursing and Health*, 2(3), 65-71. <https://doi.org/10.13189/nh.2014.020302>
- Prabawati, D. (2020). Why do nurses need philosophy ? *International Journal of Sciences*, 4531(June 2019), 183-187. <https://www.gssrr.org/index.php/JournalOfBasicAndApplied/article/view/9994>
- Rofii, M. (2021). *Teori dan Falsafah Keperawatan* (pp. 1-161). Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Kampus Undip Tembalang Semarang Hak. http://eprints.undip.ac.id/83782/1/Teori_dan_Falsafah_Keperawatan_Muhamad_Rofii.pdf

BIODATA PENULIS



Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS lahir di Magelang, pada 30 Maret 1987. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Aisyiyah Yogyakarta dan S2 *Community and family Nursing* di Kasetsart University, Thailand. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program studi Ilmu Keperawatan, Universitas Alma Ata Yogyakarta (2012-sekarang). Penulis aktif menulis artikel ilmiah terkait kesehatan lansia dan komunitas yang diterbitkan dalam jurnal nasional maupun internasional. Email penulis brune@almaata.ac.id

BAB 5

Konsep Manusia dan Kebutuhan Dasar

Dr. Drs Agus Rokot, S.Pd., M.Kes

A. Pendahuluan

Manusia merupakan makhluk yang paling mulia berharga dari semua makhluk hidup dengan kemampuan berpikir yang luar biasa, sehingga mampu mengatur, menyesuaikan diri dengan alam ini, juga mempunyai kekhususan dari segi kecerdasan. Kecerdasan yang dimiliki manusia tidak terdapat pada satu sisi saja, tetapi banyak kecerdasan yang akan ditingkatkan untuk kelangsungan hidupnya (Indria, 2020) dengan kecerdasan emosional yang diandalkan pada beberapa tingkatan. Ada lima wilayah kecerdasan pribadi dalam bentuk kecerdasan emosional yakni 1).kemampuan mengenali emosi diri; 2).kemampuan mengelola emosi; 3). Kemampuan memotivasi diri; 4). kemampuan mengenali emosi orang lain; dan 5).kemampuan membina hubungan (Tokan, 2016) Dari tingkatan kecerdasan manusia yang didukung oleh kecerdasan yang ada sehingga mampu menyesuaikan diri dalam keadaan apapun dan kondisi bagaimanapun dalam memenuhi kebutuhan hidup yang secara hakiki diperlukan dan dibutuhkan oleh manusia

Kebutuhan manusia sangat beragam dan bermacam macam: Kebutuhan primer Kebutuhan primer ialah kebutuhan manusia yang harus dipenuhi untuk melangsungkan hidupnya. Agar dapat hidup layak, manusia harus makan, berpakaian, dan mempunyai tempat tinggal. Kebutuhan primer sering disebut juga sebagai kebutuhan alamiah atau kebutuhan utama, Kebutuhan sekunder atau kebutuhan pelengkap, contohnya manusia perlu melengkapi diri dengan sepatu, tas,

dan peralatan untuk bekerja, Kebutuhan tersier Kebutuhan tersier adalah kebutuhan yang bersifat mewah, umumnya tujuan pemenuhan kebutuhan ini adalah untuk menaikkan status sosial kebutuhan mewah dipenuhi setelah kebutuhan primer dan kebutuhan sekunder terpenuhi, contoh, penggunaan mobil mewah bukan lagi bertujuan sebagai sarana transportasi, tetapi untuk menunjukkan status sosial, penggunaan perhiasan mahal atau tinggal di apartemen mewah juga dapat menaikkan status sosial pengguna (Rahmatullah 2018).

B. Konsep Kebutuhan Manusia

Manusia adalah makhluk yang unik karena: (1) Merupakan satu kesatuan bio, psiko, sosial, spiritual dan kultural. (2), Terdiri dari satu kesatuan dengan karakteristik dan berakal mempunyai sifat-sifat yang unik ditimbulkan oleh bermacam-macam kebudayaan (Kozier). (3),(Merupakan inti keperawatan yang terdiri dari jasmani dan rohani (ME Rogers) (4), Makhluk yang utuh dan unik, punya kebutuhan dasar bermacam- macam sesuai dengan tingkat perkembangannya(5), Selalu berusaha memenuhi kebutuhan dasar hidupnya, melalui bermacam-macam usaha antara lain selalu belajar mengembangkan diri, mengeksplorasi dan mengembangkan sumber-sumber serta selalu berusaha terus menghadapi bermacam-macam perubahan lingkungan untuk menyesuaikan diri agar terjadi keseimbangan (Cing dkk,2023).

Kebutuhan dasar atau kebutuhan utama dari pada manusia dapat dipandang dari banyak segi, entah itu pandangan bertalian dengan pemenuhan kebutuhan fisik, kebutuhan berkaitan dengan kejiwaan, maupun kebutuhan yang bertalian dengan nilai moral keagamaan yang mampu menyentuh dan menyenangkan seseorang dan menghargai ada sang pencipta yaitu yang maha kuasa (kebutuhan Rohani) maupun kebutuhan lainnya yang pada prinsipnya dapat memberi ketenangan, Kesehatan dan harapan hidup untuk hari ini dan hari selanjutnya.

1. Kebutuhan Dasar Manusia

Ungkapan kebutuhan dasar manusia, berbagai macam dan berbagai pandangan yang terkait di dalamnya, secara khusus kebutuhan ini dasar ini melekat pada diri seseorang dan dipengaruhi oleh faktor genetika dan faktor lingkungan yang juga terkait di isana adalah, interaksi dari faktor tersebut dan semakin kuat suatu faktor hal itu bisa terjadi sifat dominan, resesif dan intermediate, serta berbagai faktor lainnya yang sangat mempengaruhi situasi dan kondisi yang dapat berlaku dan berubah setiap saat.

Pandangan kebutuhan dasar manusia diantaranya adalah hidup sehat dengan kriteria Kondisi sehat yang dikategorikan sehat secara jasmani dan Rohani, didalamnya terkait dengan kejiwaan seseorang, karena jiwa yang terganggu selalu mengabaikan masalah Kesehatan antara lain adalah kebersihan diri, kondisi ini sering dipertontonkan dengan Orang yang mengalami gangguan kejiwaan umumnya berpenampilan compang camping dengan pakaian dan tubuhnya kelihatan kotor. Kondisi kejiwaan yang baik, diharapkan mampu menerima Konsep kebutuhan Kesehatan, konsep kebutuhan dasar perawatan diri secara pribadi untuk mendukung hidup sehat dengan pola yang harus diikuti

2. Pandangan Kebutuhan Manusia

a. Kebutuhan Dasar Manusia (Abraham Maslow)

Abraham maslow lahir pada tahun 1908 dan meninggal tahun 1970, dengan banyak menginspirasi dengan teori kepribadian karena ia seorang psikolog yang berasal dari Amerika, dengan beberapa pandangan yang cukup terkenal dan dikagumi dan dipakai diperlihatkan oleh tampilan kebutuhan manusia yang sesungguhnya antara lain:

1) Kebutuhan Fisik

Kebutuhan fisik ditempatkan pada bagian, yang paling awal, karena kebutuhan ini menyangkut letaknya manusia. kebutuhan ini lebih

bersifat biologis seperti oksigen, makanan, air dan sebagainya. Pemikiran Maslow akan kebutuhan fisik ini sangat dipengaruhi oleh kondisi pasca Perang Dunia II. Saat itu, manusia berada dalam kondisi yang begitu memilukan. Salah satunya adalah dilandanya kelaparan. Oleh karena itu, Maslow menganggap kebutuhan fisik adalah yang utama melebihi apapun (Subaidi, 2019). Pentingnya kebutuhan fisiologis ini diharapkan manusia memenuhinya agar tercipta, terbentuk tubuh yang sehat kuat selalu dapat beraktivitas dengan baik sehingga dapat membangun bangsa dan negara, karena dalam badan yang sehat dan tubuh yang kuat disanalah ada energi dan semangat untuk melakukan aktifitas apa saja yang berguna bagi bangsa negara dan masyarakat

2) Kebutuhan Akan Rasa Aman

Rasa aman sangat dirindukan oleh manusia, karena dengan adanya rasa aman Ketika bekerja berjalan atau beraktifitas apa saja, maka nilai energi positif akan meningkat; karena ada kebebasan.

3) Kebutuhan Kepemilikan Dan Cinta

Manusia yang terlahir sejak awal selalu mengharapkan dan merindukan sesuatu yang diinginkan semisal ingin mobil mobilan untuk anak pria, ingin permainan masakan untuk Wanita, Ketika remaja, ingin mencintai dan dicintai oleh seseorang lawan jenis dan sebagainya

4) Kebutuhan untuk dihargai

Setiap manusia ingin melakukan sesuatu yang sifatnya akan bermakna bagi hidupnya maupun orang lain, Ketika ada hasil yang terungkap, makna setiap manusia itu ingin menerima penghargaan berupa pujian pada hasil karya yang ditampilkan, penghargaan diri merupakan satu sifat dasar yang melekat bagi insan manusia yang hidup sehat dan

normal. Bagi orang dewasa awal penghargaan diri dari orang lain sangat penting karena ketika mereka merasa dihargai maka mereka akan merasa sudah dewasa dan sudah diakui. (Tangail dkk, 2023)

5) Kebutuhan Aktualisasi diri

Aktualisasi diri merupakan suatu sifat bagaimana Seseorang itu memperkenalkan diri pada orang lain lewat tampilan sesuatu yang ingin dipamerkan atau diperlihatkan supaya dirinya diakui, dihargai dan dihormati, walaupun diri seseorang itu bagian yang cukup kompleks dalam kehidupan. atribut manusia, kata "diri" (self) merupakan hal yang paling kompleks dan tidak teraba. Kata "diri" menerangkan bagaimana seseorang merasa, memahami dan mengevaluasi dunianya. Oleh karena itu konsep diri didefinisikan sebagai ide, gagasan, pikiran, keyakinan dan pendirian seseorang yang membangun pengetahuan tentang dirinya yang akan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain. Pengetahuan tersebut mencakup persepsi terhadap karakteristik dan kemampuan pribadi, interaksi dengan orang lain dan lingkungan serta nilai-nilai yang terbentuk dari pengalaman. Konsep diri muncul atau dipelajari melalui pengalaman internal seseorang, pengalaman berhubungan dengan orang lain, dan interaksi seseorang dengan lingkungannya. Adalah tidak mungkin memahami seseorang sepenuhnya atau memprediksikan perilaku seseorang secara akurat tanpa mengetahui bagaimana konsep dirinya. Oleh karena itu penting mengetahui bagaimana seseorang/ klien memandang dirinya dan dunia di sekitarnya (Wijayanti dkk, 2016).

3. Konsep Hidup Sehat dan Penyakit pada Manusia

Insan hidup manusia yang normal selalu menjauhkan diri dari sakit dan penyakit, karena sakit penyakit dapat mengganggu dari segi fisik, badan terasa lemah, pikiran terasa tidak tenang, bahkan berbagai gejala lainnya yang kurang bersahabat dengan diri sendiri maupun lingkungan. Sehat tidak dapat diartikan sesuatu yang statis, menetap pada kondisi tertentu, tetapi sehat harus dipandang sesuatu fenomena yang dinamis. Kesehatan sebagai suatu spektrum merupakan suatu kondisi yang fleksibel antara badan dan mental yang dibedakan dalam rentang yang selalu berfluktuasi atau berayun mendekati dan menjauhi puncak kebahagiaan hidup dari keadaan sehat yang sempurna. Banyak yang menjadi rujukan mengenai apa itu pengertian sehat sakit. Pengertian sehat adalah bukan hanya sekedar sehat secara jasmani dan badan saja, akan tetapi hal ini juga mencakup akan kesehatan kita secara mental jiwa dan juga spiritual sosial kita juga. Kesehatan adalah merupakan suatu pandangan akan kondisi yang fleksibel antara kesehatan badan jasmani dengan kesehatan mental rohani yang dibedakan dalam sebuah rentang yang selalu berfluktuasi atau berayun mendekati dan menjauhi puncak kebahagiaan hidup dari keadaan sehat yang sempurna. Sehat itu indah, mahal, bernilai, memberikan energi dan semangat untuk dapat merencanakan masa depan yang lebih baik, sedangkan bertalian dengan pencegahan penyakit perlu dilakukan Langkah yang pasti dan tepat. Pengetahuan tentang perjalanan penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi berguna untuk menemukan strategi pencegahan penyakit yang efektif. Pencegahan penyakit adalah tindakan yang ditujukan untuk mencegah, menunda, mengurangi, membasmi, mengeliminasi penyakit dan kecacatan, dengan menerapkan sebuah atau sejumlah intervensi yang telah dibuktikan efektif.

menyajikan tiga tingkat pencegahan penyakit: pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Irwan 2017).

4. Kebutuhan Hidup Sehat Dalam Keluarga

Setiap manusia yang terlahir dalam keluarga dan yang ada di dunia ini selalu mengharapkan tubuh sehat, fisik kuat, pintar, bersahaja dengan berbagai harapan yang positif yang nantinya di hari kedepan akan dapat berkontribusi bagi, orang tua, keluarga, bangsa, negara dan Masyarakat; untuk mencapai hal yang diinginkan maka perlu dijaga dijamin Kesehatan yang prima.

Hidup sehat sebaiknya diajarkan dan dilatih sejak dini dimulai dalam keluarga karena keluarga ada bagian paling pertama anak akan menerima berbagai pandangan dan filosofi soal kehidupan seperti nilai sehat dengan penuntun arti sehat yang dapat dipahami dan dijalankan. Penuntun Hidup Sehat seyogyanya digunakan dengan konsultasi dengan anak-anak, keluarga, masyarakat, dan jaringan sosial. Partisipasi mereka sangat penting untuk mempengaruhi perubahan perilaku dan sosial yang mendukung hak anak. Penggunaan Penuntun Hidup Sehat sebagai alat dalam intervensi komunikasi dan pembangunan meliputi: (1) memperhatikan keinginan anak, keluarga dan masyarakat tentang berbagai topik dalam Penuntun Hidup Sehat. (2) mengkomunikasikan berbagai pesan dan informasi pendukung Penuntun Hidup Sehat dengan cara menarik, konstruktif dan relevan sesuai konteksnya. (3) merangsang terjadinya dialog di antara para peserta. (4) mendukung berbagai kegiatan yang melibatkan anak-anak, keluarga, dan masyarakat yang mampu meningkatkan perilaku terkait topik-topik dalam Penuntun Hidup Sehat. (5) menilai berbagai kegiatan untuk menentukan perubahan perilaku dan dampaknya. Sebagai individu, kita mengubah perilaku kita melalui berbagai tahap. Tahap-tahap tersebut meliputi: Tidak sadar menjadi sadar, termotivasi untuk mencoba sesuatu yang baru, mengadopsi perilaku baru, mempertahankan dan

menghayati perilaku baru sehingga menjadi bagian dari perilaku dan kebiasaan sehari-hari. (Penuntun Hidup sehat, Kemenkes RI 2010), mencapai hidup yang sehat diharapkan dapat berkembang menjadi suatu pribadi yang dapat berperilaku hidup sehat, jika Kesehatan sudah terpatri dalam bentuk perilaku maka hidup sehat secara pribadi, keluarga kelompok dan Masyarakat pasti terjaga dan tercapai apa yang diinginkan pemerintah Masyarakat sehat Makmur dan Sejahtera, hal ini juga diikuti oleh undang undang yang dapat mendukung Kesehatan. Bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan negara wajib untuk menyediakannya (UUD 1945 Pasal 28H:1) Kesehatan merupakan tanggung jawab diri sendiri karena yang mengemban diri adalah pribadi dan dukungan pemerintah melekat di dalamnya. Dukungan yang luar biasa untuk mewujudkan Kesehatan di dorong dalam keluarga dan Masyarakat lewat pusat Kesehatan Masyarakat seperti (PUSKESMAS) yaitu: Pendekatan keluarga yang dimaksud dalam pedoman umum ini merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh Puskesmas dan perluasan dari upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), yang meliputi kegiatan berikut. (1) Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data Profil Kesehatan Keluarga dan peremajaan (*updating*) pangkalan datanya. (2) Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif. (3) Kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung. (4) Pemanfaatan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga untuk pengorganisasian /pemberdayaan masyarakat dan manajemen Puskesmas. (Program Indonesia Sehat 2016) inilah implementasi dari tugas dan tanggung jawab dalam menjaga dan mendorong Masyarakat hidup sehat

DAFTAR PUSTAKA

- Cing, M. T. G. C., & Annisa, R. (2023). Buku Ajar: Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia Jilid 1. Eureka Media Aksara.
- Indria, A. (2020). Multiple intelligence. *Jurnal Kajian Dan Pengembangan Umat*, 3(1).
- Irwan, I. (2017). Etika dan Perilaku Kesehatan. Yogyakarta: CV. Absolute Media.
- Kemenkes, R. I., (2010). Penuntun Hidup Sehat. Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes, R. I., (2016). Pedoman Umum: Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Muazaroh, S., & Subaidi, S. (2019). Kebutuhan Manusia dalam Pemikiran Abraham Maslow (Tinjauan Maqasid Syariah). *Al-Mazaahib: Jurnal Perbandingan Hukum*, 7(1), 17-33.
- Rahmatullah, R., Inanna, I., & Mustari, M. (2018). Konsep Dasar Ekonomi Pendekatan Nilai-Nilai Eco-Culture. Makassar: Pustaka Taman Ilmu.
- Tangail, S. V., Sari, N. B., Marbun, E. B., & Hura, R. (2023). Pemenuhan Kebutuhan Penghargaan Diri Menurut Teori Maslow Dan Pengaruhnya Terhadap Kepercayaan Diri Orang Dewasa Awal. *GENEVA: Jurnal Teologi dan Misi*, 5(1), 10-18.
- Tokan, P. R. I. (2016). *Sumber kecerdasan manusia*. Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pasal 28 H Ayat (1). Republik Indonesia.
- Wijayanti, D. Y., Sari, S. P., Widiyanti, M., & Warsito, B. E. (2016). Kebutuhan Harga Diri. Keperawatan UNDIP.

BIODATA PENULIS



Dr Drs Agus Rokot, SPd., M.Kes lahir di Minahasa, 27-8-1963. Menyelesaikan, S1 Kimia IKIP Negeri Manado, (1990) S1 Psikologi IKIP Negeri Manado di Tondano, (UNIMA) (1997), S2 KesMas (UNSRAT) Manado (2004) dan S3 Universitas Negeri Jakarta (2015). Saat ini penulis Dosen di Poltekkes Kemenkes Manado

A. Pendahuluan

Oksigen adalah elemen yang sangat penting bagi kehidupan manusia. Setiap sel dalam tubuh memerlukan oksigen untuk menjalankan fungsi-fungsi metabolisme dan mempertahankan kelangsungan hidupnya. Proses oksigenasi, yaitu pengambilan oksigen dari udara dan distribusinya ke seluruh tubuh, merupakan salah satu aspek kritis dalam perawatan kesehatan. Pemahaman yang mendalam tentang konsep oksigenasi, mekanisme fisiologisnya, dan intervensi keperawatan yang tepat sangat penting bagi tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan yang efektif dan efisien.

B. Konsep Dasar Oksigenasi

1. Definisi Oksigenasi

Oksigenasi adalah proses vital yang memastikan tubuh mendapatkan oksigen yang diperlukan untuk menjalankan fungsi-fungsinya. Menurut Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Harding, M. M. (2017). Proses ini melibatkan beberapa tahapan penting yaitu ventilasi, difusi, dan perfusi.

- a. Ventilasi: Proses masuknya udara ke dalam paru-paru (inspirasi) dan keluarnya udara dari paru-paru (ekspirasi).
- b. Difusi: Pertukaran oksigen dan karbon dioksida antara alveoli paru-paru dan kapiler darah.
- c. Perfusi: Proses pengaliran darah melalui jaringan paru-paru untuk mendistribusikan oksigen ke seluruh tubuh

dan mengangkut karbon dioksida kembali ke paru-paru untuk dikeluarkan.

2. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernafasan

Saluran pernafasan terdiri dari bagian atas dan bawah. Menurut (Potter, et al, 2016),

a. Saluran Nafas Bagian Atas

- 1) Rongga hidung Udara yang dihirup melalui hidung akan mengalami tiga hal : - Dihangatkan - Disaring - Dan dilembabkan Yang merupakan fungsi utama dari selaput lendir respirasi yang berfungsi menggerakkan partikel partikel halus kearah faring sedangkan partikel yang besar akan disaring oleh bulu hidung, sel golbet dan kelenjar serous yang berfungsi melembabkan udara yang masuk, pembuluh darah yang berfungsi menghangatkan udara). Ketiga hal tersebut dibantu dengan concha. Kemudian udara akan diteruskan ke
- 2) Nasofaring (terdapat pharyngeal tonsil dan Tuba Eustachius)
- 3) Orofaring (merupakan pertemuan rongga mulut dengan faring,terdapat pangkal lidah)
- 4) Laringofaring (terjadi persilangan antara aliran udara dan aliran makanan)

b. Saluran Nafas Bagian Bawah

- 1) Laring Terdiri dari tiga struktur yang penting:
 - a. Tulang rawan krikoid
 - b. Selaput/pita suara
 - c. Epilotis
 - d. Glotis
- 2) Trakhea Merupakan pipa silinder dengan panjang \pm 11 cm, berbentuk $\frac{3}{4}$ cincin tulang rawan seperti huruf C. Bagian belakang dihubungkan oleh membran fibroelastic menempel pada dinding depan usofagus.
- 3) Bronkhi Merupakan percabangan trakhea kanan dan kiri. Tempat percabangan ini disebut carina.

Brochus kanan lebih pendek, lebar dan lebih dekat dengan trachea. Bronchus kanan bercabang menjadi : lobus superior, medius, inferior. Brochus kiri terdiri dari : lobus superior dan inferior

4) Alveoli

Alveolus yaitu tempat pertukaran gas assinus terdiri dari bronkiolus dan respiratorius yang terkadang memiliki kantong udara kecil atau alveoli pada dindingnya. Ductus alveolaris seluruhnya dibatasi oleh alveoilis dan sakus alveolaris terminalis merupakan akhir paru-paru

5) Paru-paru

Paru-paru terdapat dalam rongga thoraks pada bagian kiri dan kanan. Paru-paru juga Dilapisi oleh pleura yaitu parietal pleura dan visceral pleura. Di dalam rongga pleura terdapat cairan surfaktan yang berfungsi untuk lubrikasi. Paru kanan dibagi atas tiga lobus yaitu lobus superior, medius dan inferior sedangkan paru kiri dibagi dua lobus yaitu lobus superior dan inferior

3. Mekanisme Pengaturan Pernafasan

Pusat kontrol pernapasan di otak bertanggung jawab atas regulasi pernapasan. Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018) menjelaskan bahwa pusat ini menerima sinyal dari kemoreseptor di arteri karotid dan aorta, yang memonitor kadar oksigen dan karbon dioksida dalam darah. Pengetahuan tentang mekanisme ini memungkinkan perawat untuk memahami bagaimana tubuh mengatur pernapasan untuk memenuhi kebutuhan oksigen

4. Penilaian Oksigenisasi

Penilaian oksigenasi melibatkan evaluasi tanda dan gejala gangguan oksigenasi. Menurut Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014), tanda-tanda seperti sianosis, dispnea, dan takikardia dapat mengindikasikan masalah oksigenasi. Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang seperti pulse oximetry dan analisis gas darah arteri membantu dalam penilaian ini

5. Gangguan/Masalah

- a. Hipoksia Hipoksia merupakan kondisi tidak tercukupinya pemenuhan kebutuhan oksigen dalam tubuh akibat defisiensi oksigen atau peningkatan penggunaan oksigen di sel, sehingga dapat memunculkan tanda seperti sianosis.
- b. Perubahan pola pernapasan
 - 1) Takipnea : pernapasan dengan frekuensi lebih dari 24 kali per menit
 - 2) Bradipnea : pola pernapasan yang lambat abnormal, 10 kali per menit
 - 3) Hiperventilasi : cara tubuh mengompensasi metabolisme tubuh yang terlampau tinggi dengan pernapasan yang lebih cepat dan dalam, sehingga terjadi peningkatan jumlah oksigen dalam paru-paru
 - 4) Kussmaul : pola pernapasan cepat dan dangkal pada pasien asidosis metabolik
 - 5) Hipoventilasi : upaya tubuh untuk mengeluarkan karbondioksida dengan cukup
 - 6) Dispnea : sesak dan berat pernapasan
 - 7) Ortopnea : kesulitan bernapas kecuali pada posisi duduk atau berdiri
 - 8) Cheyne stokes : siklus pernapasan yang amplitudonya naik lalu menurun dan berhenti, lalu mulai bernapas lagi
 - 9) Pernapasan paradoksial : dimana dinding paru-paru bergerak berlawanan arah dari keadaan normal.
- c. Obstruksi jalan napas Suatu kondisi pada individu dengan pernapasan yang mengalami ancaman, terkait dengan ketidakmampuan batuk secara efektif. Hal ini dapat disebabkan oleh sekret yang kental atau penyakit infeksi, dan lainnya.

- d. Pertukaran gas Gangguan pertukaran gas merupakan kondisi penurunan gas, baik oksigen maupun karbon dioksida, antara alveoli paru-paru dan sistem vascular.

6. Fungsi Oksigen dalam Tubuh

Oksigen sangat penting untuk:

- a. Produksi Energi: Oksigen diperlukan dalam proses respirasi seluler untuk menghasilkan energi dalam bentuk adenosin trifosfat (ATP).
- b. Metabolisme Seluler: Oksigen memungkinkan sel-sel tubuh menjalankan fungsi metabolisme secara efisien.
- c. Pemeliharaan Fungsi Organ: Semua organ tubuh, terutama otak dan jantung, sangat bergantung pada suplai oksigen yang memadai untuk berfungsi dengan baik

7. Faktor-faktor yang Mempengaruhi

- a. Lingkungan Pada lingkungan yang panas tubuh berespon dengan terjadinya vasodilatasi pembuluh darah perifer, sehingga darah banyak mengalir ke kulit. Respon demikian menyebabkan curah jantung meningkat dan kebutuhan oksigen pun meningkat. Pengaruh lingkungan terhadap oksigen juga ditentukan ketinggian tempat dan polusi udara.
- b. Latihan Latihan fisik atau peningkatan aktivitas dapat meningkatkan denyut jantung dan respirasi rate sehingga kebutuhan terhadap oksigen semakin tinggi.
- c. Emosi Takut, cemas, dan marah akan mempercepat denyut jantung sehingga kebutuhan oksigen meningkat
- d. Gaya hidup Kebiasaan merokok akan mempengaruhi status oksigenasi seseorang sebab merokok dapat memperburuk penyakit arteri koroner dan pembuluh darah arteri.
- e. Status kesehatan Orang yang mempunyai penyakit jantung ataupun penyakit pernapasan dapat mengalami kesulitan dalam pemenuhan kebutuhan oksigen tubuh

8. Alat-Alat yang dibutuhkan untuk melakukan Oksigenasi

- a. Flow meter : Alat yang digunakan untuk mengetahui adanya sesuatu aliran material dalam suatu jalur aliran, dengan segala aspek aliran itu sendiri, yang meliputi kecepatan aliran dan total massa atau volume dari material yang mengalir dalam jangka waktu tertentu. Dosis pemberian oksigen (ukuran oksigen yang diberikan 1-10)
- b. Humidifier : Alat untuk menambah jumlah uap air di udara dalam suatu ruangan atau aliran udara.alat ini berisi air DTT / Aquades.
- c. Tabung Oksigen : Sebuah alat bantu yang berisi gas oksigen dan diberikan untuk mereka yang sedang mengalami gangguan pernafasan akibat penyakit tertentu.
- d. Manometer : alat yang berfungsi untuk mengukur tekanan udara dalam ruang tertutup. Angka 0 menunjukkan oksigen dalam tabung habis atau belum dinyalakan.
- e. Nasal Kanula : Alat yang dapat memberikan oksigen dengan aliran 1-6 liter per menit dan konsentrasi oksigen sebesar 24% - 44%. Alat ini memberikan oksigen langsung ke hidung melalui 2 cabang kecil, karena digunakan di dalam dan pediatrik pasien dewasa sama sebagai suatu jenis dukungan pernafasan.
- f. Face Mask / Rebreathing Mask
- g. Non Rebreathing Mask : Non rebreathing mask menggunakan alat serupa dengan partial rebreathing mask, ada kantong penampung, namun pada alat ini juga terpasang dua katup satu arah (one way valves). Katup pertama antara kantong penampung dan masker, katup kedua pada pintu keluar di kedua sisi masker. Tujuan kedua katup tersebut adalah agar gas yang dihembuskan tidak masuk ke kantong penampung saat ekspirasi, dan mencegah udara luar masuk kemasker saat inspirasi.

- h. Ambubag : Alat yang digunakan untuk memberikan tekanan pada sistem pernafasan pasien yang henti nafas atau yang nafasnya tidak kuat.

9. Prosedur Pemenuhan Kebutuhan Oksigen

a. Drainase Postural

Drainase postural adalah drainase sekret dari berbagai segmen paru dengan memanfaatkan gaya gravitasi. Untuk mengeluarkan sekret dari segmen paru yang berbeda dibutuhkan posisi yang berbeda pula. Posisi yang paling sering digunakan pada prosedur ini adalah posisi untuk mengeluarkan sekret dari segmen bawah perut. Ini karena segmen atas paru dapat mengalirkan sekretnya dengan memanfaatkan gaya gravitasi.

Perlengkapan:

- 1) Bantal-bantal untuk mengatur posisi klien
- 2) Tempat sputum, tissue, obat kumur

Prosedur:

- 1) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien
- 2) Mengatur posisi klien sesuai dengan segmen paru atau bronkus yang terisi sekret
- 3) Untuk mengeluarkan sekret dari segmen apeks paru, menempatkan klien pada posisi semi-Fowler dengan kemiringan 30° . Melakukan perkusi dan vibrasi pada area klavikula dan di atas skapula (bahu)
- 4) Untuk mengeluarkan sekret dari segmen posterior, memposisikan klien duduk dengan kepala agak menunduk kemudian melakukan perkusi dan vibrasi pada area bahu
- 5) Untuk mengeluarkan sekret dari segmen anterior lobus atas, menempatkan klien pada posisi terlentang. Meletakkan bantal di bawah bokong klien dan memposisikan kaki klien fleksi
- 6) Untuk mengeluarkan sekret dari segmen lateral dan medial paru, memposisikan klien terlentang

dengan kaki tempat tidur dimiringkan 15° . Pada laki-laki, melakukan perkusi dan vibrasi pada area dada kanan (sebatas puting) antara iga IV dan VI. Sedangkan pada perempuan, menempatkan pangkal tangan di aksila dan jari-jari di bawah mamae

- 7) Untuk mengeluarkan sekret dari segmen basal lateral, memposisikan pasien miring dan meninggikan bagian kaki tempat tidur pada sudut 30° - 40° . Melakukan perkusi dan vibrasi pada area palingatas dari rusuk terbawah
 - 8) Untuk mengeluarkan cairan atau sekret dari segmen basal posterior, menempatkan klien pada posisi tengkurap dan meninggikan bagian kaki tempat tidur 45 cm. Ginjal bagian pinggul dengan menggunakan 2-3 bantal sehingga posisi klien seperti jackknife. Melakukan perkusidan vibrasi pada segmen atas rusuk terbawah di kedua sisinya, bukan di atas spinal atau ginjal
 - 9) Untuk mengeluarkan sekret dari segmen basal anterior, meninggikan kaki tempat tidur pada sudut 30° - 40° . Memiringkan tubuh pasien pada sisi yang sehat; lengan bagian atas dapat dinaikkan dan diletakkan di atas kepala dan di antara kaki dapat diletakkan bantal
 - 10) Untuk mengeluarkan sekret dari segmen superior paru, menempatkan klien pada posisi tengkurap. Menempatkan dua buah bantal di bawah pangul. Perkusi dan vibrasi area tengah punggung, di bawah skapula di sisi vertebra.
- b. Terapi Oksigen
- Terapi oksigen diberikan kepada pasien yang mengalami gangguan ventilasi pada seluruh area paru, pasien dengan gangguan pertukaran gas, serta mereka yang mengalami gagal jantung dan

mebutuhkan terapi oksigen guna mencegah hipoksia.

- 1) Penatalaksanaan Sumber Oksigen

Sumber oksigen di rumah sakit dapat meliputi oksigen dinding dan tabung oksigen.

 - a) Sumber Dinding. Penatalaksanaan pemberian oksigen melalui sumber dinding meliputi:
 - (1) Pasangkan *flowmeter* pada sumber oksigen; gunakan tekanan yang tidak terlalu kuat.
 - (2) Isi botol dengan air steril, pasang pada *flowmeter*, dan atur aliran *flowmeter*.
 - (3) Pasangkan alat yang akan digunakan pada slang atau saluran oksigen.
 - b) Tabung. Penatalaksanaan pemberian oksigen melalui tabung meliputi:
 - (1) Lepas tutup pelindung tabung.
 - (2) Putar keran tabung secara perlahan sampai oksigen sedikit keluar untuk membersihkan debu dan kotoran yang melekat di saluran keluar oksigen. Lakukan dengan hati-hati sebab tindakan tersebut dapat menimbulkan bunyi yang keras (meretakkan silinder).
 - (3) Sambungkan *flowmeter* dengan outlet silinder, kencangkan dengan kunci inggris atau tang.
 - (4) Letakkan tabung pada posisi mantap. Lepaskan katup secara perlahan sampai terbuka penuh, lalu kembalikan atau tutup sampai seperempatnya.
 - (5) Ataur *flowmeter* sesuai dengan kebutuhan (instruksi dokter).
 - (6) Isi botol pelembab dengan air suling, kemudian pasang pada tempatnya.
 - (7) Sambungkan saluran oksigen dengan alat yang akan digunakan klien.

10. Pemberian Terapi Oksigen

Pemberian terapi oksigen dapat dilakukan melalui beberapa car, seperti kanula hidung, masker, transtrakea, dll.

- a. Kanula Hidung. Pemberian oksigen melalui kanula hidung dilakukan dengan langkah-langkah berikut.

Perlengkapan

- 1) Set perlengkapan oksigen
- 2) *Flowmeter*
- 3) suplai oksigen
- 4) Kanula hidung dan slang oksigen
- 5) Plaster jika perlu

Prosedur

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kanula hidung kepada klien.
- 2) Cuci tangan.
- 3) Sambungkan kanula pada set oksigen dan sesuaikan *flowmeter*.
- 4) Cek apakah oksigen keluar melalui saluran nasal, apakah timbul gelembung pada *humidifer*, atau apakah slang oksigen terlipat.
- 5) Letakkan cabang kanula atau outlet pada lubang hidung. Atur slang dengan cara melingkarannya di kepala atau menyelipkan pada daun telinga.
- 6) Anjurkan klien untuk bernapas melalui hidung dengan mulut tertutup.
- 7) Cuci tangan.
- 8) Catat respons klien pada catatan perawatan.
- 9) Angkat dan bersihkan slang dan lubang hidung setiap 8 jam.

- b. Masker.

Pemberian oksigen melalui masker dilakukan dengan langkah-langkah berikut.

Perlengkapan

- 1) Suplai oksigen dan *flowmeter*.
- 2) *Humidifier* dan air suling

- 3) Masker yang akan digunakan
- 4) Bantalan elastis

Prosedur

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan masker pada klien.
- 2) Cuci tangan.
- 3) Sambungkan masker dengan set oksigen.
- 4) Letakkan masker wajah, di atas hidung dan mulut. Gunakan tali elastis agar masker tidak lepas.
- 5) Gunakan bantalan elastis untuk mengurangi iritasi pada telinga dan belakang kepala.
- 6) Cuci tangan.
- 7) Jika oksigen diberikan tterus-menerus, lepaskan masker dan keringkan kulit setiap 2-3 jam.
- 8) Kaji atau observasi respons klien terhadap pemberian terapi oksigen

DAFTAR PUSTAKA

- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). "Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing". Wolters Kluwer Health.
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Harding, M. M. (2017). "Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems". Elsevier.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2016). "Fundamentals of Nursing". Elsevier.

BIODATA PENULIS



Asep Aep Indarna, SPd., SKep., Ners., MPd., MKep lahir di Majalengka, 09 Desember 1977. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Ners di Fakultas Keperawatan STIKes Bhakti Kencana dan S2 di Fakultas Ilmu Pendidikan IKIP Siliwangi serta Unjani. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

BAB 7

Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Ida Bagus Oka Suyasa,S.Si,M.Si

A. Pendahuluan

Cairan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Tubuh manusia sekitar 57% terdiri atas air. Pada tubuh dengan berat badan 70 kg akan terdapat 40 liter air dari berat badannya. Dari 40 liter cairan tubuh, 25 liter terdapat dalam sel dan 15 liter terdapat diluar sel (Poedjiadi, A.,1994). Sel - sel yang mempunyai konsentrasi air paling tinggi adalah sel-sel otot dan organ-organ pada rongga badan seperti paru-paru atau jantung, sel-sel yang mempunyai konsentrasi air paling rendah adalah sel-sel jaringan seperti tulang atau gigi. Cairan dan elektrolit sangat diperlukan agar menjaga kondisi tubuh tetap sehat.

Cairan tubuh adalah larutan yang terdiri dari air (pelarut) dan zat tertentu (zat terlarut). Elektrolit adalah senyawa di dalam larutan yang berdisosiasi menjadi partikel yang bermuatan listrik yang disebut ion (positif atau negatif). Keseimbangan cairan dan elektrolit berarti adanya distribusi yang normal dari air tubuh total dan elektrolit ke dalam seluruh bagian tubuh. Komposisi cairan dan elektrolit di dalam tubuh sudah diatur sedemikian rupa agar keseimbangan fungsi organ vital dapat dipertahankan (Waterhouse, Famery. 2012).

Untuk memenuhi kebutuhan harian tubuh manusia maka sebaiknya diupayakan mengkonsumsi 1 mililiter air untuk setiap 1 kkal energi yang dikonsumsi tubuh. Tubuh orang dewasa rata-rata kehilangan 2,5 liter cairan setiap hari. Sekitar 1,5 liter cairan ini keluar melalui urin, 500 mililiter melalui keringat, 400 mililiter dalam bentuk uap air melalui pernafasan,

dan 100 mililiter melalui tinja. Karena itu, berdasarkan perkiraan diatas, konsumsi air antara 8 dan 10 gelas (1 gelas = 240 ml) biasanya dianggap sebagai standar untuk memenuhi kebutuhan cairan harian.

Pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit sangat penting diperhatikan. Tidak terpenuhinya kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh akan menimbulkan gangguan seperti dehidrasi, overhidrasi, hipeanatemria, hipokalemia, hiponatremia, hiperkalemia, dan hipokalsemia. Cairan dan elektrolit merupakan komponen atau unsur vital pada tubuh manusia.

B. Cairan dan Elektrolit sebagai Komponen Vital pada Tubuh Manusia

1. Distribusi dan Komposisi Cairan

Persentase cairan tubuh tergantung pada usia, jenis kelamin, dan derajat status gizi seseorang. Seiring dengan pertumbuhan seseorang, persentase jumlah cairan terhadap berat badan menurun (Mangku, Senapathi, 2010).

Tabel 1. Distribusi Cairan Tubuh

Distribusi cairan	Laki-laki Dewasa	Perempuan Dewasa	Bayi
Total air tubuh (%)	60	50	75
Intraseluler	40	30	40
Ekstraseluler	20	20	35
- Plasma	5	5	5
- Intersisial	15	15	30

Sumber : Khrisna dan Hartawan, 2017

Cairan tubuh tersebut terbagi ke dalam 2 kelompok, yaitu intraselular dan ekstraselular.

Cairan intraselular merupakan cairan dalam sel seluruh tubuh, 40% dari berat badan dan merupakan bagian dari protoplasma. Pada bayi cairan intraselular berjumlah setengah dari berat badannya.

Cairan ekstraselular merupakan cairan di luar sel tubuh dengan jumlah sekitar 20% dari berat badan dan

berperan dalam pemberian makan bagi sel dan mengeluarkan sampah metabolisme. Cairan ekstraselular dibagi menjadi interstitial dan intravaskular. Cairan interstitial adalah yang terdapat pada celah antar sel, berjumlah 15% dari berat badan, berfungsi sebagai pelumas agar tidak terjadi gesekan pada saat jaringan bergerak seperti cairan pleura, cairan pericardial dan sendi synovial. Cairan intravaskular merupakan cairan yang terdapat di dalam pembuluh darah dan merupakan plasma, berjumlah sekitar 5% dari berat badan (Mangku, Senapathi, 2010).

Bahan yang terkandung di dalam cairan tubuh, yaitu elektrolit dan non-elektrolit.

a. Elektrolit

Adalah zat yang terdisosiasi dalam cairan, dibedakan menjadi ion positif (kation) dan ion negatif (anion). Kation utama dalam cairan ekstraselular adalah sodium (Na^+), sedangkan kation utama dalam cairan intraselular adalah potasium (K^+).

Anion utama dalam cairan ekstraselular adalah klorida (Cl^-) dan bikarbonat (HCO_3^-), sedangkan anion utama dalam cairan intraselular adalah ion fosfat. Kandungan elektrolit dalam plasma dan cairan interstitial kurang lebih sama, sehingga nilai elektrolit plasma mencerminkan komposisi dari cairan ekstraseluler (Waterhouse, Famery. 2012).

Tabel 2. Komposisi Elektrolit

Kation	mEq/L	Anion	mEq/L
Ekstraseluler			
Na+	142	HCO ₃ ⁻	24
K+	5	Cl ⁻	105
Ca ⁺⁺	5	HPO ₄ =	2
Mg ⁺⁺	1	SO ₄ =	1
		Asam Org	6
		Protein	16
Total	154	Total	154
Intraseluler			
Na+	15	HCO ₃ ⁻	10

K+	150	CL-	1
Ca ⁺⁺	2	HPO ₄ =	100
Mg ⁺⁺	27	SO ₄ =	20
		Protein	63
Total	194	Total	194

Sumber : Khrisna dan Hartawan, 2017

b. Non elektrolit

Bahan yang tergolong dalam nonelektrolit glukosa, urea, kreatinin, dan bilirubin yang tidak terdisosiasi dalam cairan.

2. Faktor yang Memengaruhi Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

a. Usia

Pada bayi atau anak-anak keseimbangan cairan dan elektrolit dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti banyaknya cairan yang keluar melalui ginjal, paru-paru, dan proses penguapan.

b. Temperatur/ Suhu

Pada cuaca yang sangat panas seseorang akan kehilangan 700-2000 ml air/jam dan 15-30 gr garam/hari. Suhu tubuh meningkat beresiko mengalami kelelahan akibat panas.

c. Diet

Asupan yang tidak adekuat dapat berpengaruh terhadap kadar albumin serum. Jika albumin serum menurun cairan interstisial tidak bisa masuk ke pembuluh darah sehingga menjadi edema.

d. Sakit

Keadaan sakit menimbulkan ketidakseimbangan hormonal yang dapat mengganggu keseimbangan kebutuhan cairan. Pada saat sakit terdapat banyak sel yang rusak. Memperbaiki sel yang rusak dibutuhkan adanya proses pemenuhan kebutuhan cairan yang cukup.

3. Sistem Pengaturan Cairan Tubuh

Tubuh memiliki sistem pengaturan yang bekerja untuk mempertahankan cairan tubuh stabil dalam posisinya.

Apabila terjadi perubahan, mekanisme pengaturan dilakukan melalui dua cara, yaitu kendali osmolar dan kendali nonosmolar.

a. Kendali Osmolar

Mekanisme kendali ini dominan dan efektif dalam mengatur volume cairan ekstraseluler. Kendali osmolar terjadi melalui:

1) Sistem osmoreseptor hypothalamus-hipofisis-ADH

Osmoreseptor terdiri dari vesikel yang dipengaruhi osmolaritas cairan ekstraseluler. Terletak pada hipotalamus anterior bagian dari nukleus supra optik. Vesikel akan mengeriput ketika osmolaritas cairan meningkat, dan mengembang ketika osmolaritas cairan menurun, sehingga impuls yang dilepas dari reseptor akan berkurang. Hipofisis posterior distimulasi untuk melepaskan ADH sebagai akibat dari impuls ini. Semakin rendah osmolaritas cairan ekstraseluler, semakin sedikit ADH yang dilepaskan. Dengan meningkatkan reabsorpsi, ADH membantu menghemat air (Miller R.D., 2015).

2) Sistem Renin-Angiotensin-Aldosteron

Pengaturannya dilakukan dengan mengontrol ekskresi Na pada urin melalui hubungan antara aktivitas ginjal dan hormon korteks adrenal. Tubulus ginjal mereabsorpsi kembali lebih dari 95% Na. Korteks adrenal berperan penting dalam menjaga volume cairan ekstraseluler melalui hormon Aldosteron terhadap retensi Na.

Baroreseptor ginjal mempengaruhi pelepasan renin. Konsep makula lutea bergantung pada penurunan Na di tubulus distalis. Volume tubulus menurun karena penurunan Na, yang mengurangi kontak makula dengan sel arteriolar. Akibatnya, renin dilepaskan.

Di hati, renin menghasilkan angiotensin I, yang kemudian diubah menjadi angiotensin II sebagai

vasokonstriktor setelah enzim diubah dari paru-paru. Fungsi angiotensin II adalah untuk mempertahankan tekanan darah saat volume sirkulasi menurun, dan aldosteron meningkatkan reabsorpsi Na, yang menyebabkan retensi air (Miller R.D., 2015).

b. Kendali Non Osmolar

Mekanisme kendali non osmolar meliputi beberapa cara sebagai berikut :

1) Refleksi “*Stretch Receptor*”

Reseptor stretch terdapat pada dinding atrium jantung (atrium kiri). Bila reseptor ini terangsang, maka akan timbul impuls aferen melalui jalur simpatis yang akan mencapai hipotalamus. Kemudian akibat aktivitas sistem hipotalamus- hipofisis akan disekresikan ADH (Butterworth, Mackey dan Wasnick, 2013).

2) Refleksi Baroreseptor

Baroreseptor karotid akan terangsang bila tekanan darah berkurang. Hal ini menyebabkan impuls aferen yang melalui jalur parasimpatis menurun, sehingga terjadi hambatan efek hipotalamus terhadap hipofisis sehingga sekresi ADH meningkat. Impuls aferen akan mempengaruhi hipotalamus bila terjadi peningkatan tekanan darah. Hal ini akan menghambat hipofisis posterior sehingga sekresi ADH berkurang (Miller R.D., 2015).

4. Distribusi Pemasukan dan Pengeluaran Cairan Tubuh

Tubuh berusaha memastikan bahwa jumlah cairan di dalamnya selalu berada dalam tingkat yang konstan melalui mekanisme keseimbangan. Dalam keadaan normal, tubuh menerima cairan melalui makanan yang ditelan secara oral atau air yang dihasilkan dari metabolisme. Air ada juga yang keluar dari tubuh, sebagai urin, air dalam feses, air isensibel, dan air yang dikeluarkan melalui kulit dan paru-paru (Miller R.D., 2015). Tabel berikut menunjukkan keseimbangan masukan dan keluaran cairan tubuh.

Tabel 3 Keseimbangan Masukan dan Keluaran Air

Masukan (ml)		Keluaran (ml)	
Terlihat	Tidak Terlihat	Terlihat	Tidak Terlihat
Minuman	650	Urin	700
Makanan	-	Kulit	500
Oksigenasi	-	Nafas	400
		Fese	1500
	650	700	1050

Kebutuhan air setiap hari dapat ditentukan dengan dua cara, ditentukan berdasarkan umur dan berat badan. Jika berdasarkan umur ditentukan dari umur 0-1 tahun memerlukan air sekitar 120 ml/kg BB. Umur 1-3 tahun memerlukan air sekitar 100 ml/kg BB. Umur 3-6 tahun memerlukan air sekitar 90 ml/kg BB. Umur 7 tahun memerlukan air sekitar 70 ml/kg BB, dan dewasa memerlukan sekitar 40-50 ml/kg BB.

Berdasarkan berat badan ditentukan mulai dari 0-10 kg, kebutuhan cairannya 100 ml/kg BB. Berat badan 10-20 kg kebutuhan cairannya 1000 ml ditambah dengan 50 ml/kg BB (jika diatas 10 kg), dan jika diatas 20kg kebutuhan cairannya sekitar 1500ml ditambah 20 ml/kg BB, dan jika dewasa memerlukan cairan 40-50 ml/kg BB (Mangku, Senapathi, 2010).

Ada empat proses pengeluaran cairan dalam tubuh yaitu urin, IWL (Insensible Water Loss), keringat, dan feses. Pengeluaran cairan sebagai bagian dalam mengimbangi kebutuhan cairan pada orang dewasa.

Dalam kondisi normal, output urin sekitar 1400-1500 ml per 24 jam, atau sekitar 30-50 ml per jam. Pada orang sehat kemungkinan produksi urin bervariasi dalam setiap harinya. Bila aktivitas kelenjar keringat meningkat, maka produksi urin akan menurun sebagai upaya tetap mempertahankan keseimbangan dalam tubuh.

Pada pengeluaran air melalui feses, yang mencapai sekitar 1500 mL setiap hari, diatur oleh mekanisme reabsorpsi

di dalam mukosa usus besar (Mangku, Senapathi, 2010).

Penting dilakukan penilaian klinis non invasif dan invansif untuk mengetahui keseimbangan masukan dan keluaran cairan tubuh. Untuk penilaian non invasif dilakukan pencatatan tanda dan gejala klinis sebelum dilakukan terapi cairan, selama terapi dan sampai terapi dinyatakan berhasil. Parameter yang dinilai dalam Mangku, Senapathi, 2010 adalah :

1. perubahan tingkat kesadaran (dilakukan penilaian GCS secara berkala)
2. perubahan tekanan darah dan denyut nadi normal.
3. Perubahan kimia darah dari pemeriksaan laboratorium
4. Perubahan perfusi perifer
5. Produksi urin, diusahakan produksi urin paling sedikit 0,5 ml/kg BB/jam.

Untuk penilaian invasive dilakukan pemasangan kateter vena sentral melalui vena di lengan atas, vena subklavia, atau vena jugularis. Kanulasi ini disamping untuk mengukur tekanan vena sentral juga digunakan untuk jalur infus jangka panjang dan nutrisi parenteral. Apabila dilakukan kanulasi vena sentral, bisa digunakan sebagai penuntun dalam program terapi cairan, terutama pada pasien kritis yang memerlukan terapi cairan (Mangku, Senapathi, 2010).

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, MR, 2015. *Nursing theorists and their work*. St. Louis : Elsevier
- Amigo, 2012. Hubungan Karakteristik dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada Aggregator Lansia Dengan Hipertensi di Kecamatan Jetis Yogyakarta : Tesis, UI
- Butterworth JF, Mackey DC, Wasnick JD, 2013. Management of Patients with Fluid and Electrolyte Disturbances. Dalam *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology 5th ed*. New York: Mc-Graw Hill.
- Guyton AC, Hall JE. 2008. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 11. Jakarta: EGC.
- Khrisna, I.N.E.A., Hartawan, I G.A.G.U., 2017. Keseimbangan Cairan dan Elektrolit. Makalah Dalam Rangka Kepanitraan Klinik Madya SMF Ilmu Anestesi dan Terapi Intensif. Fakultas Kedokteran UNUD.
- Mangku G, Senapathi TGA.,2010. Keseimbangan Cairan dan Elektrolit. Dalam *Buku Ajar Ilmu Anestesia dan Reanimasi*. Jakarta: Indeks.
- Miller RD. 2015. *Miller's Anesthesia*. 8th Edition. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.
- Poedjadi, A., 1994. *Dasar Dasar Biokimia*. UI Press
- Sagitarisandi, Y.P. 2021. Asuhan Keperawatan pada Anak Gastroenteritis Akut dengan masalah Keperawatan Hipovolemia di RS Wiyung Sejahtera Surabaya, Thesis, Univ. Muhammadiyah Surabaya
- Waterhouse BR, Famery AD. 2012 The Organization and Composition of Body Fluids. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2012.

BIODATA PENULIS



Ida Bagus Oka Suyasa, S.Si, M.Si lahir di Klungkung, pada 1 Juni 1975. Menyelesaikan Pendidikan S1 di Fakultas MIPA Biologi Universitas Hindu Indonesia dan S2 di Fakultas MIPA Biologi Universitas Udayana. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Teknologi Laboratorium Medis Poltekkes Kemenkes Denpasar.

BAB 8

Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

Ana B. Montol, S.Pd., M.Si

A. Pendahuluan

Gizi atau nutrisi memegang peranan penting dalam setiap siklus kehidupan manusia, terutama untuk menunjang kelangsungan hidup manusia. Nutrisi adalah zat-zat yang terkandung dalam makanan yang diperlukan oleh tubuh untuk menjalankan fungsi-fungsi normalnya. Tubuh membutuhkan nutrisi untuk pertumbuhan dan pemeliharaan sel dan jaringan tubuh, menyediakan energi yang diperlukan untuk aktivitas dan untuk perlindungan atau pertahanan tubuh.

Kebutuhan nutrisi setiap orang berbeda-beda tergantung pada umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, aktivitas fisik, kondisi lingkungan dan keadaan fisiologis tertentu seperti keadaan sakit, hamil dan menyusui (Irianto, 2017). Dengan terpenuhinya kebutuhan nutrisi maka seseorang dapat mencapai status kesehatan yang optimal dan terhindar dari masalah-masalah kesehatan yang disebabkan oleh kekurangan atau kelebihan nutrisi. Dalam hal ini konsep gizi seimbang menjadi bagian penting dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.

B. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

1. Pengertian

Istilah nutrisi yang merupakan terjemahan dari kata Inggris “nutrition”, di Indonesia lebih dikenal dengan kata gizi yang berarti makanan. Kata gizi sendiri berasal dari kata “ghidza” yang dalam dialek Mesir dibaca “gizi” juga memiliki arti sebagai makanan (Muchtadi, 2014). Lebih luas, gizi atau nutrisi dapat diartikan sebagai suatu proses

organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui tahapan proses pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal organ tubuh serta untuk menghasilkan energi (Supriasa dkk, 2016) ; Irianto, 2017).

Sedangkan pengertian zat gizi atau nutrisi adalah ikatan atau senyawa kimia yang terdapat dalam makanan yang diperlukan tubuh untuk melaksanakan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan dan mengatur proses proses dalam tubuh (Almatsier, 2009). Adapun jenis zat gizi atau nutrisi adalah karbohidrat, lemak, protein, vitamin mineral dan air.

2. Pengelompokan Zat Gizi /Nutrisi

Zat gizi atau nutrisi dapat dikelompokkan berdasarkan fungsinya dalam tubuh dan berdasarkan jumlah yang dibutuhkan oleh tubuh.

a. Berdasarkan Fungsi

Berdasarkan fungsinya dalam tubuh nutrisi dikelompokkan menjadi :

1) Penghasil Energi

Zat gizi atau nutrisi yang dapat menghasilkan energi adalah karbohidrat, lemak dan protein. Ketiga nutrisi ini termasuk ikatan organik yang mengandung karbon yang dapat dioksidasi untuk menghasilkan energi yang diperlukan tubuh untuk melakukan aktivitas. Dalam fungsinya sebagai penghasil energi, ketiga nutrisi ini disebut sebagai zat tenaga atau zat pembakar

2) Pertumbuhan dan Pemeliharaan Jaringan Tubuh

Nutrisi yang berfungsi untuk membentuk sel-sel baru, memelihara dan mengganti sel-sel yang rusak adalah protein, mineral dan air. Sehubungan dengan fungsi ini ketiga nutrisi tersebut dinamakan zat pembangun.

3) Mengatur Proses Tubuh

Nutrien yang termasuk di dalamnya adalah protein, mineral, air dan vitamin berfungsi untuk mengatur proses tubuh. Protein sebagai pengatur keseimbangan air dalam sel, bertindak sebagai pemelihara netralitas tubuh dan membentuk antibodi sebagai penangkal organisme yang bersifat infeksi. Mineral dan vitamin diperlukan sebagai pengatur dalam proses oksidasi, fungsi normal saraf dan otot, termasuk proses menua. Air diperlukan untuk melarutkan bahan-bahan di dalam tubuh seperti dalam darah, proses pencernaan, jaringan, mengatur suhu tubuh, peredaran darah dan proses ekskresi. Dalam fungsinya mengatur proses tubuh, protein, mineral, air dan vitamin disebut sebagai zat pengatur.

b. Berdasarkan Kebutuhan

Berdasarkan jumlah yang dibutuhkan oleh tubuh zat gizi atau nutrien dibagi dalam dua kelompok, yaitu:

1) Makronutrien

Makronutrien atau zat gizi makro adalah zat gizi yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah yang besar. Zat gizi yang termasuk ke dalam kelompok makronutrien ini adalah karbohidat, lemak dan protein.

2) Mikronutrien

Mikronutrien atau zat gizi mikro adalah zat gizi yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah yang kecil atau sedikit. Zat gizi yang termasuk dalam kelompok mikronutrien adalah mineral dan vitamin

3. Unsur Nutrien, Fungsi, Sumber dan Kebutuhannya

a. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi utama bagi manusia yang harganya relatif murah. Karbohidrat adalah zat gizi yang hanya berasal dari tumbuh-tumbuhan dan dibentuk melalui proses fotosintesis. Produk yang dihasilkan dari proses fotosintesis tersebut terutama dalam bentuk gula sederhana yaitu glukosa ($C_6H_{12}O_6$). Sebagian dari gula sederhana ini akan mengalami polimerisasi dan membentuk karbohidrat kompleks polisakarida berupa pati dan nonpati (serat). Karbohidrat kompleks yang sudah mengalami proses pencernaan akan dirubah menjadi glukosa, selanjutnya glukosa akan dioksidasi dalam tubuh untuk menghasilkan energi. Oksidasi 1 gram karbohidrat akan menghasilkan 4 kilokalori.

Glukosa berfungsi sebagai penyedia energi satu satunya bagi sistem saraf pusat dan otak. Karbohidrat juga berfungsi sebagai *protein sparer*, karena jika karbohidrat dalam makanan mencukupi kebutuhan maka protein tidak akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan energi tetapi akan digunakan untuk keperluan fungsi utamanya yaitu sebagai zat pembangun. Selain itu karbohidrat berperan dalam pengaturan metabolisme lemak. Oksidasi lemak yang tidak sempurna dapat dicegah oleh karbohidrat sehingga bahan-bahan keton seperti asetoasetat, aseton dan asam beta-hidroksi butirat tidak terbentuk dan mencegah terjadinya ketosis. Karbohidrat lainnya seperti polisakarida nonpati atau serat makanan, berfungsi dalam pengaturan gerak peristaltik usus dan memberi bentuk pada feses. Serat makanan mencegah kegemukan, konstipasi, hemeroid, penyakit-penyakit diverticulosis dan kanker usus besar. Serat larut air seperti pektin dan gum dapat mencegah penyakit jantung koroner karena mampu menurunkan

kolesterol serta berperan dalam terapi penyakit diabetes melitus melalui efek hipoglikemiknya, mempercepat waktu transit, memperlambat pengosongan lambung dan mengurangi penyerapan glukosa.

Karbohidrat banyak terdapat dalam padi-padian atau sereal, umbi-umbian, kacang-kacangan kering, gula dan hasil olahan bahan pangan seperti tepung-tepungan, mie, bihun, roti dan sebagainya. WHO mengajurkan agar 50 - 60 % konsumsi energi total berasal dari karbohidra dan maksimal 10 % berasal dari gula sederhana (Almatsier, 2009). Kebutuhan karbohidrat perorang perhari adalah 5 -7 gram/ Kg BB (Mardalena, 2017)

b. Lemak

Lemak atau lipida adalah senyawa organik yang tersusun atas unsur-unsur carbon (C), hidrogen (H) dan oksigen (O). Lemak larut dalam pelarut non polar seperti etanol, eter, kloroform dan benzene tetapi tidak larut dalam air.

Lemak berfungsi sebagai penyedia energi kedua setelah karbohidrat, walaupun energi yang dihasilkan dari oksidasi 1 gram lemak lebih tinggi yaitu 9 kilokalori. Oksidasi lemak akan berlangsung bila ketersediaan karbohidrat telah menipis akibat asupan karbohidrat yang rendah. Lemak dapat menghemat fungsi protein dalam menghasilkan energi karena persediaan energi telah dipenuhi oleh karbohidrat dan lemak, sehingga protein tetap dapat digunakan untuk fungsi utamanya sebagai zat pembangun.

Lemak juga berfungsi sebagai pembentuk struktur tubuh karena menyelubungi organ-organ tubuh seperti jantung, hati dan ginjal dan membantu menahan organ-organ tersebut tetap tertahan ditempatnya dan juga melindunginya terhadap bahaya benturan. Selain itu,

lemak melindungi kehilangan panas tubuh melalui hambatan lapisan lemak di bawah kulit.

Di dalam tubuh, lemak membantu transportasi dan absorpsi vitamin larut lemak yaitu vitamin A, D, E dan K. Lemak dalam bahan pangan merupakan sumber penyedia asam lemak esensial yang penting bagi tubuh yaitu asam linoleat dan linoleat. Lemak juga memberikan tekstur dan rasa lezat pada makanan.

Sumber utama lemak terdapat pada minyak tumbuh-tumbuhan (minyak kelapa, kelapa sawit, kacang tanah, kacang kedelai, jagung, wijen dan sebagainya), mentega, margarin dan lemak hewan (lemak daging dan lemak ayam). Sumber lemak lainnya terdapat pada kacang-kacangan, biji-bijian, daging dan ayam gemuk, krim, susu, keju dan kuning telur.

Tubuh memerlukan lemak 0,5-1 gram/KgBB/hari, untuk memelihara keseimbangan fungsinya (Irianto, 2017). WHO menganjurkan konsumsi lemak sebanyak 15 - 30 % dari total energi perhari dan 3 - 7 % berasal dari lemak tidak jenuh ganda. Konsumsi kolesterol dianjurkan tidak boleh melebihi 300 mg sehari.

c. Protein

Protein merupakan nutrien atau zat gizi yang sangat penting karena erat hubungannya dengan proses kehidupan. Protein adalah bagian dari semua sel hidup dan merupakan bagian terbesar tubuh setelah air. Protein terdiri atas rantai-rantai panjang asam amino yang terikat satu sama lain dalam ikatan peptida. Unsur-unsur penyusun asam amino adalah karbon (C), hidrogen (H), oksigen (O) dan nitrogen (N). Mutu protein ditentukan oleh jenis dan proporsi asam amino yang dikandungnya. Berdasarkan jenis dan proporsi asam amino yang membentuknya maka mutu protein dikelompokkan sebagai berikut :

- 1) Protein yang bermutu tinggi atau protein sempurna adalah protein yang mengandung semua jenis asam amino esensial dalam proporsi yang sesuai untuk keperluan pertumbuhan. Semua protein hewani masuk dalam kelompok protein yang bermutu tinggi / sempurna.
- 2) Protein bermutu sedang atau protein setengah sempurna adalah jenis protein yang mengandung semua macam asam amino esensial, tetapi ada beberapa terdapat dalam jumlah terbatas. Jenis protein ini hanya dapat memelihara / memperbaiki jaringan tubuh tetapi tidak dapat menunjang pertumbuhan. Protein ini terdapat dalam kacang kedelai dan kacang-kacangan lainnya.
- 3) Protein bermutu rendah atau protein tidak sempurna adalah protein yang tidak mengandung atau mengandung dalam jumlah yang kurang satu atau lebih asam amino esensial. Sebagian besar protein nabati kecuali kacang-kacangan termasuk protein yang bermutu rendah. Jenis protein ini tidak dapat mendukung pertumbuhan maupun pemeliharaan / perbaikan jaringan tubuh (Almatsier, 2009).

Fungsi utama protein adalah untuk pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh. Protein, khususnya enzim, hormon dan antibodi berfungsi dalam pengaturan proses biokimia, dan bersama dengan mineral berperan dalam pemeliharaan keseimbangan air dan cairan tubuh. Protein juga berfungsi sebagai sumber energi jika penyediaan energi dari karbohidrat dan lemak tidak mencukupi.

Bahan pangan hewani seperti telur, daging, unggas, ikan dan kerang merupakan sumber protein yang bermutu tinggi. Sedangkan sumber protein nabati terdapat dalam kacang kedelai dan hasil olahannya

(tempe, tahu) serta kacang-kacangan lainnya, juga padi-padian namun padi-padian masuk dalam kelompok protein yang bermutu rendah.

Bayi dan anak yang sedang dalam masa pertumbuhan membutuhkan protein yang lebih besar dibandingkan dengan orang dewasa. Kebutuhan protein per Kg BB per hari adalah sebagai berikut ; untuk bayi 0 – 6 bulan adalah 2,2 gram/Kg BB, bayi usia 6 -12 bulan 2,0 gram/Kg BB, anak usia 1 – 3 tahun membutuhkan protein sebanyak 1,8 gram/Kg BB, anak usia 4 -6 tahun 1,5 gram/Kg BB dan anak usia 7 – 10 tahun 1,2 gram/Kg BB. Kebutuhan protein untuk anak remaja usia 11 – 14 tahun 1,0 gram/Kg BB/hari dan untuk 15 – 18 tahun 0,9 gram/Kg BB/hari, sedangkan untuk orang dewasa adalah 0,8 gram/Kg BB/hari (Muchtadi, 2014).

d. Vitamin

Vitamin adalah zat-zat organik, dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah kecil. Vitamin terdapat dalam dua jenis yaitu vitamin larut lemak (vitamin A, D, E dan K) dan vitamin larut air (vitamin B kompleks dan C). Vitamin larut lemak tersusun dari unsur karbon, hydrogen dan oksigen, sedangkan vitamin larut air selain tersusun dari karbon, hidrogen dan oksigen juga mengandung nitrogen, kadang-kadang mengandung sulfur dan kobalt.

Vitamin berperan dalam pengaturan proses biokimia, pemeliharaan tubuh, beberapa tahap metabolisme dan pertumbuhan. Umumnya vitamin larut air yang termasuk dalam kelompok vitamin B berfungsi sebagai koenzim dalam metabolisme karbohidrat, lemak dan protein untuk menghasilkan energi. Vitamin B1 (tiamin) berfungsi sebagai koenzim penting dalam reaksi dekarboksilasi oksidatif asam piruvat untuk menghasilkan energi. Vitamin B2 (riboflavin) juga berfungsi sebagai koenzim pada reaksi

oksidasi- reduksi dalam system pemindahan elektron serta sebagai koenzim dehydrogenase pada oksidasi glukosa dan lemak. Riboflavin juga berperan sebagai koenzim flavokinase yang terlibat dalam sintesis DNA. Demikian juga dengan vitamin B6 berfungsi sebagai koenzim dalam reaksi metabolisme asam amino. Asam folat berperan dalam proses metabolic dan pembentukan sel darah merah. Vitamin larut lemak seperti vitamin A dibutuhkan untuk pemeliharaan jaringan epitel dan dalam proses penglihatan yang normal. Vitamin D (kalsiferol) bersama vitamin A dan asam askorbat dibutuhkan untuk pembentukan dan pemeliharaan tulang. Sedangkan vitamin E berperan dalam kesuburan dan vitamin K dibutuhkan untuk pembentukan protrombin yang berperan dalam proses pembekuan darah. Vitamin banyak terdapat dalam pangan hewani maupun nabati.

Tubuh membutuhkan vitamin dalam jumlah tertentu tergantung pada fungsinya. Jika terlalu banyak mengkonsumsi vitamin dapat menimbulkan gejala hipervitaminosis yang merugikan Kesehatan. Demikian juga sebaliknya jika konsumsi vitamin tidak mencukupi kebutuhan akan menimbulkan gejala klinis kekurangan vitamin yang disebut dengan avitaminosis (Paath dkk, 2014 ; Tejasari, 2019)

e. Mineral

Mineral memegang peranan penting dalam pemeliharaan fungsi tubuh, baik pada tingkat sel, jaringan organ maupun fungsi tubuh secara keseluruhan. Secara umum fungsi mineral bagi tubuh antar lain :

- 1) Mempertahankan keseimbangan asam basa tubuh
- 2) Sebagai katalis dalam reaksi biologi
- 3) Merupakan komponen senyawa tubuh yang esensial
- 4) Memelihara keseimbangan air di dalam tubuh

- 5) Transmisi impuls saraf
- 6) Mengatur kontraktilitas otot
- 7) Pertumbuhan jaringan tubuh

Berdasarkan jumlah yang diperlukan tubuh, mineral diklasifikasikan sebagai mineral makro dan mineral mikro. Mineral makro adalah mineral yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah lebih dari 100 mg sehari. Yang termasuk dalam kelompok mineral makro adalah natrium, klorida, kalium, kalsium, fosfor, magnesium dan sulfur. Sedangkan mineral mikro adalah mineral yang dibutuhkan tubuh kurang dari 100 mg sehari. Mineral mikro antar lain, zat besi, seng, selenium, mangan, tembaga, krom, iodium, molibden, flour, cobalt, silikon, vanadium, timah, nikel dan arsen. Kebutuhan akan sebagian besar mineral mikro sudah ditetapkan dalam angka kecukupan rata-rata sehari oleh Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi. Sedangkan kebutuhan akan mineral mikro silikon, vanadium, timah, nikel dan arsen belum diketahui dengan pasti.

f. Air

Air sangat esensial bagi kehidupan karena lebih dari setengah bagian jaringan tubuh terdiri dari air. Fungsi air dalam tubuh adalah sebagai komponen utama semua sel, merupakan medium tempat berlangsungnya transport energi kimia dan semua reaksi biokimia yang terjadi dalam tubuh serta sebagai bahan pengatur dalam menjaga konsentrasi ion organik di dalam dan di luar sel, dalam proses pembekuan darah dan dalam proses metabolisme lainnya. Kebutuhan air dalam tubuh dapat dipenuhi dari air minum, makanan dan hasil metabolisme energi. Kebutuhan air minum untuk orang dewasa sekitar 8 gelas atau 2 liter perhari. Sumber cairan dari makanan dapat diperoleh terutama dari buah dan sayur yang mengandung 90 - 95 % air.

4. Konsep Gizi Seimbang

Keseimbangan gizi atau nutrisi dapat dicapai apabila asupan nutrisi yang dikonsumsi melalui makanan sesuai dengan kebutuhan tubuh. Keadaan ini memungkinkan seseorang untuk dapat mencapai tingkat kesehatan optimal atau yang sering disebut dengan status gizi optimal. Apabila asupan nutrisi dari makanan yang dikonsumsi tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh dan berlangsung lama, maka akan terjadi gangguan nutrisi (*malnutrition*) berupa kekurangan nutrisi (*under nutrition*) dan kelebihan nutrisi (*over nutrition*). Dampak dari kekurangan atau kelebihan nutrisi pada tubuh sangat beragam. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan seperti kurang energi protein, kurang vitamin A, anemia gizi besi dan gangguan akibat kekurangan yodium. Sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan terjadinya kegemukan (*obesitas*) yang dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes melitus dan penyakit kardio-vaskuler (Supriasa, dkk, 2016).

Untuk menjamin terjadinya keseimbangan asupan nutrisi dengan kebutuhan tubuh maka seseorang harus mengkonsumsi makanan yang memenuhi syarat gizi seimbang. Persyaratan gizi seimbang diantaranya adalah makanan harus beragam, sesuai kebutuhan, bersih dan aman untuk dikonsumsi. Kualitas dan kelengkapan nutrisi dipengaruhi oleh keragaman jenis makanan yang dikonsumsi. Dengan mengkonsumsi beranekaragam makanan setiap hari maka nutrisi yang ada dalam setiap jenis makanan akan saling melengkapi. Kekurangan nutrisi pada jenis makanan yang satu akan dilengkapi oleh keunggulan susunan nutrisi pada jenis makanan lainnya. Dengan kata lain semakin beragam makanan yang dikonsumsi maka semakin mudah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi. Bahkan semakin beragam makanan yang dikonsumsi, semakin mudah tubuh memperoleh

berbagai zat lainnya yang bermanfaat bagi Kesehatan (Aritonang, 2015). Disamping keanekaragaman makanan, perlu juga memperhatikan kuantitas nutrisi dari makanan yang dikonsumsi. Banyaknya nutrisi yang dikonsumsi tergantung pada kebutuhan seseorang disesuaikan dengan usia, jenis kelamin, berat badan dan aktivitasnya. Dengan terpenuhinya kebutuhan nutrisi harian melalui asupan bergizi seimbang makan seseorang dapat mencapai keadaan kesehatan optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S (2009). Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta. Gramedia Pustaka Utama.
- Aritonang, I (2015). Gizi Ibu dan Anak, Esensi bagi Pembangunan Manusia. Yogyakarta. Leutika Prio
- Irianto, DjP (2017). Panduan Gizi Lengkap Keluarga dan Olahragawan. Yogyakarta. Penerbit Andi
- Mardalena, I (2017). Dasar-Dasar Ilmu Gizi dalam Keperawatan. Yogyakarta. Pustaka Baru Press
- Muchtadi, D (2014). Pengantar Ilmu Gizi. Bandung. Alfabeta
- Paath, E,F., Rumdasih, Y., & Heryati (2014). Gizi dalam Kesehatan Reproduksi. Jakarta. EGC
- Supariasa, I,D,N., Bakri, B., & Fajar I. (2016). Penilaian Status Gizi. Jakarta. EGC
- Tejasari (2019). Nilai Gizi Pangan. Yogyakarta. Graha Ilmu

BIODATA PENULIS



Ana B. Montol, S.Pd, M.Si lahir di Manado, pada 17 Agustus 1966. Menyelesaikan Pendidikan Akademi Gizi DepKes Manado pada tahun 1988. S1 di Fakultas Ilmu Pendidikan IKIP Negeri Manado lulus pada tahun 1997 dan tahun 2008 menyelesaikan S2 di Program Studi Ilmu Pangan Universitas Sam Ratulangi Manado. Bekerja sebagai Dosen di Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado sejak tahun 1995 hingga saat ini, dan mengampuh mata kuliah antara lain : Gizi Dasar, Gizi dalam Daur Kehidupan, Konseling Menyusui, Ilmu Pangan, dll.

BAB 9

Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi

* Yusridawati, SST, S Kep, Ns,, M.Kes *

A. Pendahuluan

Sistem urinaria adalah struktur organ yang berfungsi untuk menyaring sekaligus membuang zat limbah dengan mengeluarkan urine. Jika fungsi sistem urinaria bermasalah, maka racun dan limbah tidak dapat dikeluarkan dan mengendap di dalam tubuh sehingga menimbulkan berbagai penyakit baik pada sistem urinaria maupun penyakit yang bersifat sistemik. Berdasarkan data World Health Organization (WHO) penyakit Cronik Kidney deases berkontribusi pada penyakit beban Dunia dengan Angka kematian 850.000 jiwa per tahun, pada tahun 2015 diperkirakan terdapat sekitar 70 juta kasus degeneratif yang salah satunya yaitu BPH (*Benign Prostatic hyperplasia*) dengan insidensi di negara maju sebanyak 19% dan sebanyak 5,35% di negara berkembang seperti di Indonesia.

Proses defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses mudah dan konsistensi, frekuensi serta bentuk, feses normal. Konstipasi merupakan sebagai penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak, Diare merupakan buang air besar dalam bentuk cairan lebih dari tiga kali dalam satu hari, dan biasanya berlangsung selama dua hari atau lebih. Pada kasus Diare terjadi perubahan pada pola eliminasi fekal berupa penurunan penyerapan di dalam usus (SLKI, 2019). Gangguan pola eliminasi fekal dimana dalam hal ini Diare merupakan penyakit yang dapat mengenai semua kelompok umur, khususnya di kalangan anak - anak kurang dari 5 tahun. Diare bahkan merupakan penyakit potensial Kejadian Luar Biasa (KLB) yang sering disertai dengan kematian. Diare menjadi

salah satu perhatian dari organisasi dunia. Data WHO (2017) menyatakan bahwa secara global, ada hampir 1,7 miliar kasus penyakit Diare anak-anak setiap tahun, penyebab utama kematian kedua pada anak di bawah lima tahun, dan membunuh sekitar 525.000 anak setiap tahunnya.

B. Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi

1. Pengertian

Eliminasi merupakan proses pembuangan sisa-sisa metabolisme tubuh baik yang melalui ginjal berupa urin maupun melalui gastrointestinal yang berupa fekal. Eliminasi fekal (defekasi) adalah pengeluaran feses dari anus dan rectum (Tarwoto & Wartonah (2015). Pada eliminasi urine normalnya adalah pengeluaran cairan sebagai hasil filtrasi dari plasma darah di glomerulus dan eliminasi fekal ((defekasi) merupakan proses pada gastrointestinal dan pengeluaran berupa feses dari anus dan rectum (Mubarok, 2018). Eliminasi adalah proses pembuangan sisa metabolisme tubuh baik berupa urin atau bowel (feses). Miksi adalah proses pengosongan kandung kemih bila kandung kemih terisi. Sistem tubuh yang berperan dalam terjadinya proses eliminasi urine adalah ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra, Eliminasi Alvi (buang air besar) sistem tubuh berperan dalam proses eliminasi alvi adalah sistem gastrointestinal bawah yang meliputi usus halus dan usus besar dan pengeluaran berupa feses dari anus, rectum (Hidayat, 2010).

2. Bagian Eliminasi

- a. Buang Air Besar/BAB atau eliminasi alvi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan ini diatur oleh gastrointestinal bawah yang meliputi usus halus (duodenum, jejunum dan ileum) dan usus besar yang meliputi katup *ileum caecum* sampai ke dubur (anus). Proses pembentukan feses (sisa makanan) dimulai dari ketika makanan yang diterima oleh usus dalam bentuk setengah padat (chyme) yang berasal dari lambung kemudian akan diabsorpsi air, nutrien/zat gizi, maupun elektrolit kemudian usus

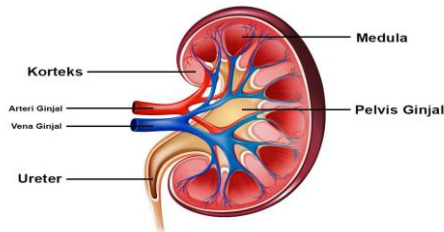
sendiri akan mensekresi mucus, potasium, bikarbonat dan enzim. Proses perjalanan makan hingga ke rektum membutuhkan waktu lebih dari 12 jam.

- b. Buang Air Kecil/Miksi atau eliminasi urin adalah proses pengosongan kandung kemih bila kandung kemih terisi. Sistem tubuh yang berperan dalam terjadinya proses eliminasi urine adalah ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra (Hidayat, 2010).

3. Anatomi dan fisiologi Eliminasi

- a. Anatomi dan Fisiologi Eliminasi urin

1) Ginjal



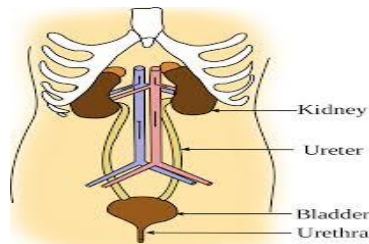
Gambar 1 Ginjal

Ginjal merupakan organ yang terletak di bawah tulang rusuk dan di dekat punggung bagian tengah, pada bagian belakang dari kavum abdominalis, pada area retroperitoneal bagian atas di kedua sisi vertebrata lumbalis III yang melekat langsung pada dinding abdomen. Ginjal memiliki bentuk seperti kacang merah (ercis) yang berjumlah 2 buah dan terletak pada sisi kanan dan kiri. Normalnya, ginjal pada bagian kiri lebih besar daripada 10 ginjal yang terletak pada bagian kanan dimana ginjal laki-laki lebih panjang daripada seorang wanita (Nuari & Widayati, 2017) Fungsi ginjal dalam sistem urinaria adalah sebagai berikut: Menyaring zat-zat racun dalam darah, Mensekresi atau mengeluarkan cairan berisi limbah dan racun dari tubuh, Menjaga

keseimbangan kadar air dan elektrolit dalam tubuh, Melepaskan hormon yang mengendalikan produksi sel darah merah, Membantu menjaga kesehatan tulang karena dapat mengontrol kalsium dan fosfor dalam tubuh dan Mengatur tekanan darah pada tubuh.

Ginjal akan memfiltrasi urea dari darah melalui struktur yang disebut nefron (penyaringan kecil). Masing-masing nefron umumnya terdiri atas bola yang dibentuk dari tubulus ginjal (tabung kecil) dan glomerulus (darah kecil). Kemudian, urea bersamaan dengan cairan dan limbah lainnya akan membentuk urine saat melewati nefron menuju tubulus ginjal.

2) Ureter



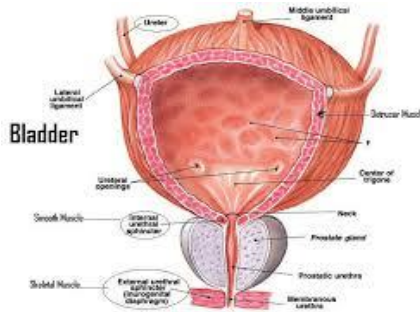
Gambar 2. Ureter

Ureter adalah suatu saluran berbentuk pipa atau silinder yang menghubungkan ginjal dan kandung kemih. Saluran ini merupakan sambungan dari pelvis renalis, berlanjut ke hilus ginjal, lalu menuju distal dan berakhir di kandung kemih. Ureter terdiri dari dua saluran pipa yang masing-masing berada di sisi ginjal kanan dan kiri, di mana kedua saluran ini menghubungkan ginjal dengan kandung kemih. Panjang ureter adalah sekitar 20–30 cm, sedangkan rata-rata diameternya dimulai dari 0,5 cm dan maksimal 1,7 cm. Ureter memiliki tiga lapisan dinding yang

tersusun atas sel-sel transisional di lapisan mukosa bagian dalam, otot polos sirkuler dan longitudinal di bagian tengah, dan jaringan fibrosa (jaringan ikat) pada bagian luarnya. Pada wanita, letak ureter adalah di bagian belakang fossa ovarika lalu menyambung ke bagian medial, kemudian ke depan ke bagian lateral serviks uteri dan berlanjut hingga bagian atas vagina untuk mencapai fundus vesika urinaria. Ureter pada pria terletak di atas vesikula seminalis yang diselingi oleh duktus deferens dan pleksus vesikalis yang mengelilinginya berlanjut ke oblique sepanjang 2 cm di dalam dinding kandung kemih di sudut lateral pada trigonum vesika.

Fungsi ureter dalam sistem urinaria adalah menyalurkan urine dari ginjal ke kandung kemih. Pada kondisi ini, otot-otot di dinding ureter biasanya akan mengencang dan mengendur untuk menurunkan urine dari ginjal. Setiap 10-15 detik, sedikit demi sedikit urine akan mengalir dari ureter ke kandung kemih. Apabila urine tidak terhubung dengan kandung kemih atau justru kembali naik, kondisi tersebut berpotensi pada penyakit ginjal, atau infeksi lainnya.

3) Kandung Kemih



Gambar 3. Vesika Urinaria

Kandung kemih merupakan organ berbentuk seperti piramida terbalik yang terletak di perut bagian bawah, sebuah kantong otot di dalam rongga panggul, persis di atas belakang tulang pubis. Bentuknya agak bervariasi tergantung jumlah urin yang ditampung. Saat penuh, kandung kemih berbentuk oval, dan saat kosong, ukuran dan bentuknya kurang lebih sebesar buah pir. Pada anak, ukuran kandung kemih bisa diprediksi menggunakan rumus: (usia anak dalam tahun +2) x 30 mL. Pada apeks atau puncak adalah atap dari kandung kemih. Trigonum. area berbentuk segitiga dekat persambungan antara kandung kemih dan uretra. Urin masuk ke dalam kandung kemih melalui kedua ureter di kanan dan kiri, dan keluar melalui uretra. Muara kedua ureter ini berada di dalam area trigonum. Dinding posterior, dinding belakang kandung kemih, di mana trigonum berlokasi. Dinding lateral kanan dan kiri. Ini merupakan dinding-dinding samping trigonum

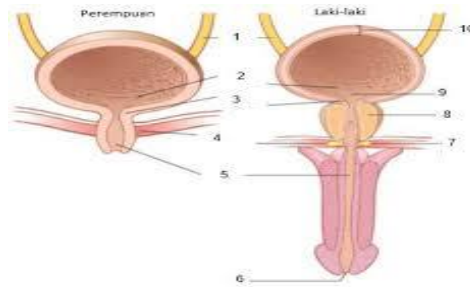
Dinding dalam kandung kemih memiliki permukaan yang berlipat-lipat atau disebut rugae, yang memungkinkannya meregang dan

menampung urin hingga 400-600 mL pada individu dewasa sehat. Dinding ini dibentuk oleh otot detrusor, yang memungkinkan kandung kemih berkontraksi untuk mengeluarkan urin atau berelaksasi untuk menahan urin. Di bagian dasar kandung kemih, terdapat dua sfingter uretra – satu di dalam (interna) dan satu di luar (eksterna) – yang menjaga urin tetap di dalam kandung kemih hingga sinyal saraf menyuruhnya berkontraksi dan mengeluarkan urin. Kombinasi kontraksi detrusor dan relaksasi sfingter uretra inilah yang memicu proses berkemih (buang air kecil/BAK)

Fungsi kandung kemih sebagai tempat penampungan Urin sementara, urin yang diproduksi di kedua ginjal mengalir ke kandung kemih melalui kedua ureter. Kecepatan produksi urin mengikuti rumus $0,5-1\text{mL/kgBB/jam}$. Ini berarti seorang individu dengan berat badan 70 kg, akan menghasilkan urin sebanyak 37,5-70mL per jam. Urin yang sudah diproduksi harus dikeluarkan setiap 2-5 jam. Proses berkemih dipengaruhi oleh jumlah urin di dalam kandung kemih. Saat volume urin mencapai 100-150 mL, akan terasa sensasi pertama untuk BAK. K, ini akan semakin intens seiring dengan bertambahnya jumlah urin, dan menjadi tidak nyaman kala volume urin mencapai 350-400 mL. Saat kandung kemih terisi dan dindingnya meregang, sensorinya akan mengirimkan sinyal ke pusat berkemih. Otak merespon dengan membuat otot detrusor berkontraksi dan kedua sfingter uretra berelaksasi. Kombinasi keduanya memungkinkan urin untuk mengalir keluar melalui uretra.. Kandung kemih yang terisi perlahan beradaptasi secara progresif terhadap tekanan dari volume urin yang meningkat, keinginan untuk BAK juga timbul

perlahan. Sebaliknya, kandung kemih yang terisi cepat akan memicu proses berkemih yang lebih cepat pula. Dalam kondisi normal, proses berkemih akan mengosongkan kandung kemih sepenuhnya.

4) Uretra



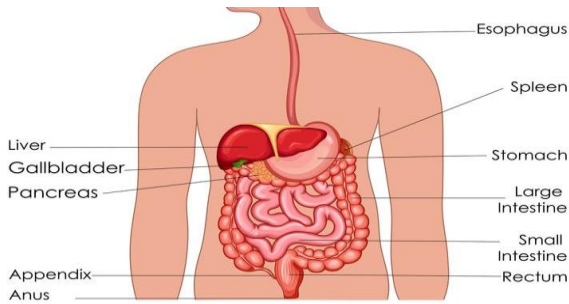
Gambar 4 Uretra

Uretra merupakan saluran yang menghubungkan kandung kemih dan lubang saluran kemih pada ujung vagina atau penis. Uretra pada wanita cukup pendek, yaitu sekitar 4 cm. Sedangkan, uretra pada pria dapat mencapai 20 cm. Di antara uretra dan kandung kemih terdapat cincin otot yang berfungsi mencegah kebocoran urine.

4. Anatomi dan Fisiologi Eliminasi fekal

a. Mulut

Gigi berfungsi untuk menghancurkan makanan pada awal proses pencernaan. Mengunyah dengan baik dapat mencegah terjadinya luka parut pada permukaan saluran pencernaan. Setelah dikunyah lidah mendorong gumpalan makanan ke dalam faring, dimana makanan bergerak ke esofagus.



Gambar 6. Saluran Pencernaan

b. Esofagus

Esofagus adalah sebuah tube yang panjang. Sepertiga bagian atas adalah terdiri dari otot yang bertulang dan sisanya adalah otot yang licin. Permukaannya diliputi selaput mukosa yang mengeluarkan secret mukoid yang berguna untuk perlindungan.

c. Lambung

Pergerakan makanan melalui lambung dan usus dimungkinkan dengan adanya peristaltic, yaitu gerakan kontraksi dan relaksasi secara bergantian oleh otot yang mendorong substansi makanan dalam gerakan menyerupai gelombang. Rata-rata waktu yang diperlukan untuk mengosongkan kembali lambung setelah makan adalah 2 sampai 6 jam.

d. Usus halus

Usus halus terdiri dari duodenum, jejunum, dan ileum. Usus menerima makanan yang sudah berbentuk chyme (setengah padat) dari lambung untuk mengabsorpsi air, nutrient, potassium, bikarbonat, dan enzim.

e. Usus besar

Kolon terdiri dari sekum yang berhubungan langsung dengan usus halus, kolon ascendent, transversum, descendent, sigmoid, dan rectum. Fungsi utama kolon adalah absorpsi air dan nutrien, proteksi dengan mensekresikan mucus yang akan melindungi

dinding usus trauma oleh feses dan aktivitas bakteri, dan menghantarkan sisa makanan sampai ke anus dengan cara berkontraksi.

f. Anus

Anus berfungsi dalam proses eliminasi zat sisa. Proses eliminasi fekal adalah suatu upaya pengosongan intestin. Pusat refleks ini terdapat pada medula dan spinal cord. Refleks defekasi timbul karena adanya feses dalam rectum (Kirnantoro and Maryana, 2019)

5. Fisiologi Dalam Eliminasi

a. Fisiologi Defekasi

Defekasi merupakan pengosongan usus (BAB). Dalam proses defekasi terdapat dua refleks yang berperan penting terletak di medula dan sumsum tulang belakang. Apabila terjadi rangsangan parasimpatis, sphingter ani bagian dalam kendur dan usus besar menguncup refleks defekasi dirangsang untuk buang besar, kemudian spingter ani bagian luar diawasi oleh sistem parasimpatis setiap waktu menguncup atau kendur. Selama proses defekasi berbagai otot lain membantu proses itu diantaranya otot-otot dinding perut, diafragma, dan otot dasar pelvis. Untuk membantu proses defekasi terdapat dua macam reflek.

Rektum biasanya kosong sampai menjelang defekasi. Seorang yang mempunyai kebiasaan teratur akan merasa kebutuhan membung air besar kira-kira pada waktu yang sama setiap hari. Hal ini disebabkan oleh refleks gastro-kolika yang biasanya bekerja sesudah makan pagi. Setelah makanan ini mencapai lambung dan setelah pencernaan dimulai maka peristaltik di dalam usus terangsang, merambat ke kolon, dan sisa makanan dari hari kemarinnnya, yang waktu malam mencapai sekum mulai bergerak. Isi kolon pelvis masuk ke dalam rektum, serentak

peristaltik keras terjadi di dalam kolon dan terjadi perasaan di daerah perineum. Tekanan intra-abdominal bertambah dengan penutupan glottis dan kontraksi diafragma dan otot abdominal, sfinkter anus mengendor dan kerjanya berakhir (Pearce, 2002).

- 1) Refleks defekasi intrinsik yang dimulai dari adanya zat sisa makanan (feses) terdapat di rektum sehingga terjadi distensi, kemudian *flexus mesenterikus* yang merangsang gerakan peristaltik dan akhirnya feses sampai di anus, kemudian spingter interna relaksasi maka terjadilah proses defekasi.
- 2) Refleks defekasi parasimpatis, adanya feses di rektum merangsang saraf rectum yang kemudian ke spinal cord, dan merangsang ke kolon desenden, ke sigmoid. Rektum dengan gerakan peristaltik dan akhirnya terjadi relaksasi sphincter interna maka terjadilah proses defekasi.

b. Fisiologi Miksi

Sistem urinarius (perkemihan) adalah suatu sistem tubuh tempat berlangsungnya penyaringan darah agar darah tidak mengandung zat-zat yang tidak lagi digunakan oleh tubuh. Selain itu, sistem ini juga menginduksi penyerapan zat-zat yang masih digunakan oleh tubuh. Zat-zat yang tidak digunakan oleh tubuh akan larut dalam air dan akan dikeluarkan melalui urine (air seni). (Prabowo & Pranata, 2014).

Sistem tubuh yang berperan dalam terjadinya proses eliminasi urine adalah ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra. Proses ini terjadi dari dua langkah utama yaitu : Kandung kemih secara progresif terisi sampai tegangan di dindingnya meningkat diatas nilai ambang, yang kemudian mencetuskan langkah kedua yaitu timbul refleks saraf yang disebut refleks miksi (refleks berkemih) yang berusaha mengosongkan kandung kemih atau jika ini gagal, setidaknya

menimbulkan kesadaran akan keinginan untuk berkemih.

Tiga jalur saraf utama mengatur aktivitas eferen saluran kemih bagian bawah. Saraf parasimpatis pelvis muncul pada tingkat sakral medulla spinalis yang berfungsi untuk kontraksi detrusor dan relaksasi uretra. Sebaliknya, saraf simpatis lumbal berfungsi untuk relaksasi detrusor dan kontraksi leher kandung kemih dan uretra (sfingter uretra interna). Nervus pudendal merangsang sfingter uretra eksterna (Toby

Distensi kandung kemih oleh urin dengan jumlah kurang lebih 250 cc akan merangsang reseptor tekanan yang terdapat pada dinding kandung kemih. Akibatnya akan terjadi refleks kontraksi dinding kandung kemih oleh otot detrusor, pada saat yang sama terjadi relaksasi sfingter internus, diikuti oleh relaksasi sfingter eksternus, dan akhirnya terjadi pengosongan kandung kemih. Rangsangan yang menyebabkan kontraksi kandung kemih dan relaksasi sfingter interus dihantarkan melalui serabut-serabut parasimpatik. Kontraksi sfingter eksternus secara volunter bertujuan untuk mencegah atau menghentikan miksi. Kontrol volunter ini hanya dapat terjadi bila saraf-saraf yang menangani kandung kemih uretra medula spinalis dan otak masih utuh. Bila terjadi kerusakan pada saraf-saraf tersebut maka akan terjadi inkontinensia urin (kencing keluar terus-menerus tanpa disadari) dan retensi urin (kencing tertahan). Persarafan dan peredaran darah vesika urinaria, diatur oleh torako lumbar dan kranial dari sistem persarafan otonom. Torako lumbar berfungsi untuk relaksasi lapisan otot dan kontraksi spinter interna (Guyton & Hall 2013).

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi Eliminasi

a. Faktor-faktor yang mempengaruhi miksi

1) Jumlah air yang diminum

Semakin banyak air yang diminum jumlah urin semakin banyak. Apabila banyak air yang diminum, akibatnya penyerapan air ke dalam darah sedikit, sehingga pembuangan air jumlahnya lebih banyak dan air kencing akan terlihat bening dan encer. Sebaliknya apabila sedikit air yang diminum, akibatnya penyerapan air ke dalam darah akan banyak sehingga pembuangan air sedikit dan air kencing berwarna lebih kuning.

2) Jumlah garam yang dikeluarkan dari darah

Supaya tekanan osmotik tetap, semakin banyak konsumsi garam maka pengeluaran urin semakin banyak.

3) Konsentrasi hormon insulin

Jika konsentrasi insulin rendah, orang akan sering mengeluarkan urin. Kasus ini terjadi pada orang yang menderita kencing manis.

4) Hormon antidiuretik (ADH)

Hormon ini dihasilkan oleh kelenjar hipofisis bagian belakang. Jika darah sedikit mengandung air, maka ADH akan banyak disekresikan ke dalam ginjal, akibatnya penyerapan air meningkat sehingga urin yang terjadi pekat dan jumlahnya sedikit. Sebaliknya, apabila darah banyak mengandung air, maka ADH yang disekresikan ke dalam ginjal berkurang, akibatnya penyerapan air berkurang pula, sehingga urin yang terjadi akan encer dan jumlahnya banyak.

5) Suhu lingkungan

Ketika suhu sekitar dingin, maka tubuh akan berusaha untuk menjaga suhunya dengan mengurangi jumlah darah yang mengalir ke kulit

sehingga darah akan lebih banyak yang menuju organ tubuh, di antaranya ginjal. Apabila darah yang menuju ginjal jumlahnya semakin banyak, maka pengeluaran air kencing pun banyak.

6) Gejolak emosi dan stress

Jika seseorang mengalami stress, biasanya tekanan darahnya akan meningkat sehingga banyak darah yang menuju ginjal. Selain itu, pada saat orang berada dalam kondisi emosi, maka kandung kemih akan berkontraksi. Dengan demikian, maka timbullah hasrat ingin buang air kecil.

7) Minuman alkohol dan kafein

Alkohol dapat menghambat pembentukan hormon antidiuretika. Seseorang yang banyak minum alkohol dan kafein, maka jumlah air kencingnya akan meningkat (Purnomo, 2012).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi Fekal
Menurut Hidayat dan Uliyah (2016) Faktor-faktor yang mempengaruhi defekasi antara lain:

1) Umur

Umur tidak hanya mempengaruhi karakteristik feses, tapi juga pengontrolannya. Anak-anak tidak mampu mengontrol eliminasinya sampai sistem neuromuskular berkembang, biasanya antara umur 2 - 3 tahun. Orang dewasa juga mengalami perubahan pengalaman yang dapat mempengaruhi proses pengosongan lambung. Di antaranya adalah atony (berkurangnya tonus otot yang normal) dari otot-otot polos colon yang dapat berakibat pada melambatnya peristaltik dan mengerasnya (mengering) feses, dan menurunnya tonus dari otot-otot perut yang juga menurunkan tekanan selama proses pengosongan lambung. Beberapa orang dewasa juga mengalami penurunan kontrol terhadap muskulus spinkter

ani yang dapat berdampak pada proses defekasi (Potter & Perry, 2010).

2) Diet

Makanan adalah faktor utama yang mempengaruhi eliminasi feses. Cukupnya selulosa, serat pada makanan, penting untuk memperbesar volume feses. Makanan tertentu pada beberapa orang sulit atau tidak bisa dicerna. Ketidakmampuan ini berdampak pada gangguan pencernaan, di beberapa bagian jalur dari pengairan feses. Makan yang teratur mempengaruhi defekasi. Makan yang tidak teratur dapat mengganggu keteraturan pola defekasi. Individu yang makan pada waktu yang sama setiap hari mempunyai suatu keteraturan waktu, respon fisiologi pada pemasukan makanan dan keteraturan pola aktivitas peristaltik di colon.

3) Cairan

Pemasukan cairan juga mempengaruhi eliminasi feses. Ketika pemasukan cairan yang adekuat ataupun pengeluaran (cth: urine, muntah) yang berlebihan untuk beberapa alasan, tubuh melanjutkan untuk mereabsorpsi air dari chyme ketika ia lewat di sepanjang colon. Dampaknya chyme menjadi lebih kering dari normal, menghasilkan feses yang keras. Ditambah lagi berkurangnya pemasukan cairan memperlambat perjalanan chyme di sepanjang intestinal, sehingga meningkatkan reabsorpsi cairan dari chime (Tarwoto & Wartolah, 2010).

4) Tonus Otot

Tonus perut, otot pelvik dan diafragma yang baik penting untuk defekasi. Aktivasinya juga merangsang peristaltik yang memfasilitasi pergerakan chyme sepanjang colon. Otot-otot yang lemah sering tidak efektif pada peningkatan

tekanan intraabdominal selama proses defekasi atau pada pengontrolan defekasi. Otot-otot yang lemah merupakan akibat dari berkurangnya latihan (exercise), imobilitas atau gangguan fungsi syaraf.

5) Faktor Psikologi

Dapat dilihat bahwa stres dapat mempengaruhi defekasi. Penyakit-penyakit tertentu termasuk diare kronik, seperti ulcus pada colitis, bisa jadi mempunyai komponen psikologi. Diketahui juga bahwa beberapa orang yang cemas atau marah dapat meningkatkan aktivitas peristaltik dan frekuensi diare. Ditambah lagi orang yang depresi bisa memperlambat motilitas intestinal, yang berdampak pada konstipasi.

6) Gaya Hidup

Gaya hidup mempengaruhi eliminasi feses pada beberapa cara. Pelathan buang air besar pada waktu dini dapat memupuk kebiasaan defekasi pada waktu yang teratur, seperti setiap hari setelah sarapan, atau bisa juga digunakan pada pola defekasi yang ireguler. Ketersediaan dari fasilitas toilet, kegelisahan tentang bau, dan kebutuhan akan privacy juga mempengaruhi pola eliminasi feses. Klien yang berbagi satu ruangan dengan orang lain pada suatu rumah sakit mungkin tidak ingin menggunakan bedpan karena privacy dan kegelisahan akan baunya.

7) Obat-Obat

Beberapa obat memiliki efek samping yang dapat berpengaruh terhadap eliminasi yang normal. Beberapa menyebabkan diare; yang lain seperti dosis yang besar dari tranquilizer tertentu dan diikuti dengan prosedur pemberian morfin dan codein, menyebabkankonstipasi. Beberapa obat secara langsung mempengaruhi eliminasi.

Laxative adalah obat yang merangsang aktivitas usus dan memudahkan eliminasi feses. Obat-obatan ini melunakkan feses, mempermudah defekasi. Obat-obatan tertentu seperti dicyclomine hydrochloride (Bentyl), menekan aktivitas peristaltik dan kadang-kadang digunakan untuk mengobati diare (Tarwoto & Wartonah, 2010).

- 8) Penyakit Beberapa penyakit dapat memengaruhi proses defekasi, biasanya penyakit-penyakit yang berhubungan langsung pada sistem pencernaan, seperti gastroenteritis atau penyakit infeksi lainnya (Hidayat, 2008).
- 9) Nyeri Adanya nyeri dapat memengaruhi kemampuan/keinginan untuk berdefekasi, seperti pada beberapa kasus hemoroid, fraktur os pubis, dan episiotomy akan mengurangi keinginan untuk buang air besar
- 10) Kebiasaan diri Kebiasaan eliminasi seseorang akan memengaruhi fungsi usus. Sebagian besar orang dapat menggunakan fasilitas toilet sendiri dirumahnya, hal tersebut dirasa lebih efektif dan praktis
- 11) Kehamilan Pada saat kehamilan berkembang, ukuran janin bertambah dan menimbulkan tekanan pada rectum
- 12) Pembedahan dan Anestesi Agen anestesi general yang digunakan selama pembedahan dapat menghentikan gerakan peristaltic secara temporer (Tarwoto & Wartonah, 2010).

7. Ciri dan Komposisi Urine Normal

a. Frekuensi

Frekuensi untuk berkemih tergantung kebiasaan dan kesempatan. Banyak orang-orang berkemih kira-kira 70 % dari urine setiap hari pada waktu bangun tidur dan tidak memerlukan waktu untuk berkemih pada malam hari. Orang-orang biasanya berkemih : pertama

kali pada waktu bangun tidur, sebelum tidur dan berkisar waktu makan.

b. Volume

Volume urine yang dikeluarkan sangat bervariasi: Usia
Jumlah / hari

- 1) Hari pertama & kedua dari kehidupan 15 – 60 ml
- 2) Hari ketiga – kesepuluh dari kehidupan 100 – 300 ml
- 3) Hari kesepuluh – 2 bulan kehidupan 250 – 400 ml
- 4) Dua bulan – 1 tahun kehidupan 400 – 500 ml
- 5) 1 – 3 tahun 500 – 600 ml
- 6) 3 – 5 tahun 600 – 700 ml
- 7) 5 – 8 tahun 700 – 1000 ml
- 8) 8 – 14 tahun 800 – 1400 ml
- 9) 14 tahun – dewasa 1500 ml
- 10) Dewasa tua 1500 ml / kurang

Jika volume dibawah 500 ml atau diatas 300 ml dalam periode 24 jam pada orang Dewasa atau kuran 0,5 - 1cc/Jam terdapat masalah.

c. Warna

Normal urine berwarna kekuning-kuningan, obat-obatan dapat mengubah warna urine seperti orange gelap. Warna urine merah, kuning, coklat merupakan indikasi adanya penyakit.

d. Bau

Normal urine berbau aromatik yang memuungkan. Bau yang merupakan indikasi adanya masalah seperti infeksi atau mencerna obat-obatan tertentu.

e. Berat jenis

Adalah berat atau derajat konsentrasi bahan (zat) dibandingkan dengan suatu volume yang sama dari yang lain seperti air yang disuling sebagai standar. Berat jenis air suling adalah 1,009 ml dan normal berat jenis : 1010 – 1025

- f. Kejernihan :
Normal urine terang dan transparan. Urine dapat menjadi keruh karena ada mukus atau pus.
- g. pH :
Normal pH urine sedikit asam (4,5 - 7,5).Urine yang telah melewati temperature ruangan untuk beberapa jam dapat menjadi alkali karena aktifitas bakteri Vegetarian urinennya sedikit alkali.
- h. Protein :
Normal : molekul-molekul protein yang besar seperti : albumin, fibrinogen, globulin, tidak tersaring melalui ginjal, urine Pada keadaan kerusakan ginjal, molekul-molekul tersebut dapat tersaring urine.Adanya protein didalam urine disebut proteinuria, adanya albumin dalam urine disebut albuminuria.
- i. Darah
Darah dalam urine dapat tampak jelas atau dapat tidak tampak jelas.Adanya darah dalam urine disebut hematuria.
- j. Glukosa :
Normal : adanya sejumlah glukosa dalam urine tidak berarti bila hanya bersifat sementara, misalnya pada seseorang yang makan gula banyak menetap pada pasien DM.Sistem yang Berperan dalam Eliminasi Alvi Sistem tubuh berperan dalam proses eliminasi alvi (buang air besar) adalah sistem gastrointestinal bawah yang meliputi usus halus dan usus besar.

8. Gangguan Eliminasi

- a. Gangguan/masalah eliminasi alvi (buang air besar)
 - 1) Konstipasi: Keadaan individu mengalami atau berisiko tinggi terjadinya stasis usus besar yang berakibat jarang buang air besar, keadaan ini ditandai dengan adanya feses yang keras, defekasi kurang dari 3 kali seminggu, menurunnya bising usus, nyeri saat mengejan dan defekasi dan keluhan pada rectum.

- 2) Konstipasi kolonik: keadaan individu mengalami atau berisiko mengalami pelambatan pasase residu makanan yang mengakibatkan feses kering dan keras. Konstipasi kolonik ditandai dengan adanya penurunan frekuensi eliminasi, feses kering dan keras, mencejan saat defekasi, nyeri defekasi, distensi abdomen, tekanan pada rektum dan nyeri abdomen .
- 3) Diare: keadaan individu mengalami atau berisiko sering mengalami pengeluaran feses cair/tidak berbentuk atau keluarnya tinja yang encer terlalu banyak dan sering. Frekuensi defekasi lebih dari 3 kali sehari, nyeri/kram abdomen, bising usus meningkat.
- 4) Inkontinensia usus merupakan keadan individu mengalami perubahan kebiasaan defekasi yang normal dengan pengeluaran feses involunter (sering juga dikenal inkontinensia alvi). Orang mengalami inkontensia alvi dapat ditandai dengan hilangnya kemampuan otot untuk mengontrol pengeluaran feses dan gas melalui sfingter akibat kerusakan sfingter.
- 5) Kembung: keadaan flatus yang berlebihan di daerah testinal yang dapat menyebabkan terjadinya distensi pada intestinal, hal ini dapat disebabkan karena konstipasi atau penggunaan obat-obatan.
- 6) Hemorid adalah pelebaran dan inflamasi dari pleksus arteri-vena disaluran anus yang berfungsi sebagai katup untuk mencegah inkontinensia flatus dan cairan. Hemoroid juga sering disebut penyakit wasir atau ambeien.
- 7) Fecal impaction keadaan dimana masa feses keras di lipatan rectum yang diakibatkan oleh retensi dan akumulasi materi feses yang berkepanjangan. Masalah ini sering terjadi pada orang yang

mengalami sembelit dalam waktu yang lama yang dapat disebabkan adanya aktivitas kurang, asupan rendah serat dan kelemahan tonus otot. Proses defekasi dapat juga dipengaruhi oleh usia, diet, intake cairan, aktivitas, pengobatan, gaya hidup, merusakkan sensorik dan motorik.

9. Gangguan/masalah yang sering didapatkan pada eliminasi urine

- a. Retensi urin adalah penumpukan urine dalam bladder (kandung kemih) dan ketidakmampuan bladder untuk mengosongkan kandung kemih yang menyebabkan distensi dari vesika urinaria yang ditandai dengan ketidaknyamanan daerah pubis.
- b. Inkontinensia total adalah keadaan dimana seseorang mengalami pengeluaran urine yang terus menerus dan tidak dapat diperkirakan, ditandai dengan terjadi pada saat tidak diperkirakan, tidak ada distensi kandung kemih dan nokturi.
- c. Inkontinentia stres adalah keadaan seseorang mengalami keilangan urine kurang dari 50 ml yang terjadi dengan peningkatan tekanan abdomen, yang ditandai dengan adanya urin menetes dengan peningkatan tekanan abdomen, adanya dorongan berkemih, dan sering miksi (lebih dari setiap 2 jam).
- d. Inkontinentia refleks adalah dimana seseorang mengalami pengeluaran urin yang tidak dirasan, yang terjadi pada interval yang dapat diperkirakan apabila volume kandung kemih mencapai jumlah tertentu, ditandai dengan tidak ada dorongan untuk berkemih, merasakan kandung kemih penuh, dan kontraksi atau spasme kandung kemih tidak dihambat pada interval teratur.
- e. Inkontinentia fungsional adalah seseorang yang mengalami pengeluaran urin secara involunter dan tidak dapat diperkirakan. Ditandai dengan adanya dorongan untuk berkemih dan kontraksi kandung kemih cukup kuat untuk mengeluarkan urine.

- f. Enuresis adalah ketidakmampuan menahan kemih (mengompol) yang diakibatkan tidak mampu mengontrol spingter eksterna
- g. Urgency adalah perasaan seseorang untuk berkemih, takut mengalami inkontinen jika tidak berkemih.
- h. Dysuria adalah rasa sakit dan kesulitan dalam berkemih hal ini sering ditemukan pada penyaki ISK (infeksi saluran kemih), trauma dan stiktur uretra (penyempitan uretra).
- i. Polyuria adalah produksi urine abnormal dalam jumlah besar oleh ginjal, tanpa adanya penignaktan intake cairan, defisiensi ADH (antideuretic hormone), penyakit ginjal kronik.
- j. Urinaria suppression adalah berhenti mendadak produksi urine, secara normal urine diproduksi oleh ginjal secara terus menerus pada kecepatan 60-120 ml/jam (Hidayat, A.A, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

- Basuki B. Purnomo. 2011. *Dasar-Dasar Urologi*. Jakarta: CV. Sagung. Seto
- Caroline & Kowalski T. Mary. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta: EGC.
- Danar Fahmi Sudarsono, 2015. *Diagnosis dan Penanganan Hemoroid*. J Majority Vol. 4 No. 6
- Herdman, T. H. (2018) *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2018-2020*. Jakarta: EGC.
- Heriana Pelapina. (2014). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang: Binarupa Aksara Publisher.
- Hidayat, A. A. A. dan Uliyah, M. (2016) *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.
- (2015) *Pengantar Kebutuhan Dasar*. 2nd edn. Jakarta: Salemba Medika.
- (2012). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kasiati, Rosmalawati, Dwi W. (2016). *Kebutuhan Dasar Manusia 1*. Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan.
- Kirnantoro and Maryana (2019) *Anatomi Fisiologi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Kodyat, B. A. (2014). *Pedoman Gizi Seimbang 2014*. Permenkes RI
- Kozier, B. (2010) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Mubarak, dkk, (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika
- Mubarak, dkk, (2015). *Standar Asuhan Keperawatan Dan Prosedur Tetap Dalam Praktek Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika
- Martonah, T. (2016) *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. 3rd edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak et al. (2015) *Buku ajar ilmu keperawatan dasar*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, W.I. and Chayatin, N. (2008) *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori & Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta: EGC.

- Nuha Medika Maryunani, (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Bogor: In Medika
- Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Potter & Perry, A,G (2006). *Buku Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik (4th ed)*. Jakarta: EGC
- (2010) *Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses Dan Praktik*. Jakarta : Salemba Medika
- (2012) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. 4th edn. Jakarta: EGC.
- (2013) *Fundamentals of Nursing*. 8th edn. Canada: Elsevier.
- (2017). *Fundamentals of Nursing (9th Editio)*. Mosby Elsevier.
- (2020) *Dasar-Dasar Keperawatan Volume 1, edisi Indonesia ke-9, Bekerjasama dengan AIPNI dan AIPViKI*. 9th edn. Edited by E. Novieastari et al. Singapore: Elsevier
- PPNI, TIM pokja SDKI DPP (2019) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta Selatan.
- PPNI, TIM pokja SIKI DPP (2019) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta Selatan.
- PPNI, TIM pokja SLKI DPP (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta Selatan
- Priscilla Lemone, 2019, *Buku Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Eliminasi Edisi 5*, EGC Medical Publisher
- Prabowo, E., & Pranata, A. E. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purnomo, B. B. (2016). *Dasar-dasar Urologi Edisi ketiga*. Jakarta: Sagung Seto.
- Rosdahl, C. B. dan Kowalski, M. T. (2014) *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. 10th edn. Jakarta: EGC.

- Suardani, F., Nasokha, I., & Majidah, P. (2021). Study Literatur Teknik Pemeriksaan Cystografi Pada Kasus Retensi Urine. *Jurnal Kesehatan*, 61. Tim Pokja
- Saputra, Lyndon. (2013) Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: Binarupa Aksara.
- SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja
- SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja
- SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.
- Toby C. Chai, MD, and Lori A. Birder, PhD. *Physiology and Pharmacology of Bladder and Urethra*. Campbell Walsh Urology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier inc; 2016.
- Tarwoto, & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta, Salemba Medika
- Wahit Iqbal Mubarak, Chayanti (2014) *Kebutuhan dasar Manusia teori dan aplikasi dalam praktik*, Jakarta, EGC

BIODATA PENULIS



Yusridawati, SST, S Kep, Ns,, M.Kes, Lahir di Simpanggambir, pada tanggal 16 september 1965. Menyelesaikan pendidikan Sarjana D4 Perawat Pendidik di Universitas Sumatera Utara dan Sarjana Keperawatan di Universitas Prima Indonesia, Pendidikan Magister Kesehatan di Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Haji Sumatera Utara.

BAB 10

Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Latihan

Ns. Marlina, SST.,S.Kep.,M.Kes

A. Pendahuluan

Aktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diperlukan individu, apabila individu mengalami keterbatasan pada gerak fisik tubuh atau mengalami gangguan mobilitas maka dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Individu yang sehat adalah mampu melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan, misalnya duduk, berdiri, berjalan, bekerja dan lain-lain.

Kemampuan aktivitas seseorang dipengaruhi oleh adekuatnya sistem persarafan, otot, tulang, sendi serta faktor pendukung lainnya seperti adekuatnya fungsi kardiovaskular, pernapasan, dan metabolisme. Kelemahan pada ekstremitas dapat mengganggu kemampuan dan aktivitas dikarenakan ekstremitas merupakan bagian yang paling aktif dan begitu penting untuk melakukan kegiatan sehari-hari (Syahrin, Azhar, & Risnah, 2019).

Masalah gangguan gerak pada ekstremitas tersebut disebut dengan gangguan mobilitas, Gangguan mobilitas menimbulkan dampak berupa penurunan kemampuan otot, kontraktur, kekakuan dan nyeri sendi, juga berdampak buruk pada sistem kardiovaskuler, pernapasan, metabolik, perkemihan, pencernaan dan integumen, dan menimbulkan dampak psikososial seperti respon emosional yang beragam (harga diri rendah, frustrasi, menarik diri, agresif dan apatis). Apabila seseorang mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari karena mengalami masalah kesehatan seperti kelemahan fisik, fraktur, trauma pada ekstremitas dan

lain-lain, maka di perlukan latihan dan alat bantu untuk melakukan aktivitasnya sehingga kebutuhan aktivitas dapat terpenuhi kembali.

B. Kebutuhan Aktivitas

1. Pengertian

Kemampuan seseorang untuk berjalan bangkit berdiri dan kembali ke tempat tidur, kursi, kloset duduk, dan sebagainya disamping kemampuan menggerakkan ekstermitas atas (Hinchliff, 1999).

2. Manfaat Aktivitas atau Mobilisasi

Manfaat aktifitas atau mobilitas dari gerakan tubuh menurut (Hidayat A. A., 2013) adalah sebagai berikut:

- a. Tubuh menjadi segar
- b. Memperbaiki tonus otot
- c. Mengontrol berat badan
- d. Merangsang peredaran darah
- e. Mengurangi stress
- f. Meningkatkan relaksasi
- g. Memperlambat proses penyakit (penyakit degeneratif)
- h. Untuk perwujudan diri (harga diri dan citra tubuh)
- i. Untuk anak-anak dapat merangsang pertumbuhan

3. Jenis Aktivitas dan Latihan

Berikut ini adalah jenis aktifitas dan latihan menurut (Hidayat A. A., 2013) terdiri dari:

- a. Aktivitas penuh, yaitu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas dengan gerakan yang penuh sehingga mampu berinteraksi sosial dan berperan untuk memenuhi aktivitas harian. Aktivitas penuh ini dapat berjalan dengan baik karena saraf motorik volunter dan sensorik dapat berfungsi dengan baik mengontrol seluruh area tubuh .
- b. Aktivitas sebagian, merupakan kemampuan individu untuk bergerak namun gerakan terbatas karena saraf motorik dan sensorik mengalami gangguan pada area tubuhnya Misalnya:
 - 1) Pada pasien cedera atau patah tulang (Fraktur) dengan pemasangan traksi.

- 2) Pada pasien paraplegi dapat mengalami aktivitas sebagian pada ekstremitas bawah karena gangguan saraf motorik dan sensorik

Aktivitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

- 1) Aktivitas sebagian temporer, adalah kemampuan seseorang untuk beraktivitas yang terbatas namun bersifat sementara.

Misalnya: pada pasien dengan trauma reversibel pada otot dan rangka, disebabkan terjadinya dislokasi pada sendi dan tulang.

- 2) Aktivitas permanen, adalah kemampuan seseorang untuk beraktivitas dengan yang terbatas namun bersifat menetap, dikarenakan rusaknya system saraf yang reversibl.

Misalnya: pada pasien stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya system saraf motorik dan sensorik.

Jenis latihan :

- a) Latihan kelentukan (fleksibilitas) yaitu latihan untuk melemaskan otot dan sendi agar bebas bergerak.
- b) Latihan kardiorespirasi atau disebut juga dengan latihan aerobik seperti dengan intensitas rendah dan tinggi, misalnya berjalan dan berlari, berenang bersepeda, memanjat tangga.
- c) Latihan anaerobik adalah latihan yang lebih menekankan pada aktivitas interval intensitas tinggi tanpa penggunaan oksigen sebagai sumber energi misalnya angkat besi menambah kekuatan otot jangka pendek. (Potter & Perry, Fundamental Of Nursing Buku 2, 2012).

4. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Aktivitas atau Mobilitas

Adapun faktor yang memengaruhi kebutuhan aktivitas menurut (Hidayat A. A., 2013) adalah sebagai berikut:

- a. Gaya hidup. Perubahan gaya hidup atau disebut dengan *lifestyle* seseorang dapat memengaruhi aktivitas sehingga dapat berdampak pada perilaku kebiasaan sehari-hari.
Gaya hidup aktif penting untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan; ini juga merupakan pengobatan penting untuk penyakit kronis. Aktivitas fisik dan olahraga teratur meningkatkan fungsi semua sistem tubuh, termasuk fungsi kardiopulmoner (daya tahan), kebugaran muskuloskeletal (fleksibilitas dan integritas tulang), pengendalian dan pemeliharaan berat badan (*citra tubuh*), dan kesejahteraan psikologis. (Potter & Perry, *Fundamental Of Nursing Buku 2*, 2012)
- b. Proses penyakit / cedera. Proses penyakit dapat mempengaruhi fungsi organ tubuh sehingga berdampak pada aktivitas
- c. Kebudayaan. Kebudayaan dapat mempengaruhi seseorang dalam melakukan aktivitasnya, misalnya seseorang yang memiliki budaya sering berjalan jauh maka akan memiliki otot yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan aktivitas (*sakit*) karena budaya dan adat dilarang beraktivitas.
- d. Tingkat energi. Energi dibutuhkan untuk melakukan aktivitas.
- e. Usia dan status perkembangan. usia dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas, kematangan fungsi alat gerak sesuai dengan perkembangan usia. Intoleransi aktivitas / penurunan kekuatan dan stamina, depresi mood dan cemas.

5. Gangguan Aktivitas atau Imobilitas

a. Pengertian Imobilisasi

Imobilisasi adalah ketidakmampuan klien bergerak bebas yang disebabkan kondisi yang mengganggu pergerakan tertentu atau dibatasi oleh karena adanya pengobatan atau terapi (Potter & Perry, Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4, 2006).

Imobilisasi merupakan suatu kondisi yang relative, yaitu individu dapat mengalami kehilangan kemampuan pergerakan secara total atau mengalami penurunan aktivitas sehari-hari secara normal.

b. Jenis-Jenis Imobilisasi

- 1) Imobilitas fisik, keadaan ketika seseorang mengalami pembatasan untuk melakukan aktifitas secara fisik, misalnya pada pasien dengan hemiplegia yang tidak mampu mempertahankan tekanan di daerah paralisis sehingga tubuh tidak dapat di gerakan untuk merubah posisi tanpa bantuan orang lain.
- 2) Imobilitas intelektual, keadaan dimana mengalami keterbatasan berpikir, seperti pada pasien yang mengalami gangguan otak akibat penyakit yang di derita, Misalnya tumor otak, cedera kepala dan lain-lain.
- 3) Imobilitas emosional, keadaan ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri. Misalnya, stres pada tingkat yang tinggi dapat disebabkan karena tindakan operasi sehingga kehilangan anggota tubuhnya atau kehilangan sesuatu yang paling berharga dalam hidupnya berupa barang atau seseorang yang dicintainya.
- 4) Imobilitas sosial, yakni keadaan seseorang yang mengalami hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan karena kondisi

kesehatan sehingga dapat memengaruhi perannya dalam menjalankan kehidupan sosialnya.

c. Perubahan Sistem Tubuh Akibat Imobilisasi

Dampak dari imobilitas dalam tubuh dapat memengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernafasan, perubahan kardiovaskular, perubahan otot dan rangka, perubahan sistem integumen, perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil), dan perubahan perilaku.

1) Perubahan Metabolisme

Imobilitas dapat mengganggu metabolisme dalam tubuh secara normal karena menyebabkan turunya kecepatan metabolisme dalam tubuh. Hal tersebut dapat dijumpai pada menurunnya basal metabolisme rate (BMR) yang menyebabkan berkurangnya energy untuk memperbaiki sel-sel yang ada di dalam tubuh, sehingga dapat memengaruhi gangguan oksigenasi sel. Proses imobilitas juga dapat menyebabkan penurunan ekskresi urine dan peningkatan nitrogen sel, dampak perubahan metabolisme, yaitu: pengurangan jumlah metabolisme, atrofi kelenjar dan katabolisme protein, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, demineralisasi tulang (Osteoporosis dan karies gigi), gangguan dalam mengubah zat gizi (karbohidrat, protein, mineral, vitamin dan lain-lain), dan gangguan pada sistem pencernaan.

2) Ketidakseimbangan Cairan dan Elektrolit

Terjadinya ketidakseimbangan cairan dan elektrolit sebagai dampak dari imobilitas, berkurangnya perpindahan cairan dari intravaskular ke interstisial dapat menyebabkan edema sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.

- 3) **Gangguan Perubahan Zat Gizi**
Terjadinya gangguan zat gizi yang disebabkan oleh menurunnya pemasukan protein dan kalori dapat mengakibatkan perubahan zat-zat makanan pada tingkat sel menurun, dimana sel tidak lagi menerima glukosa, asam amino, lemak, dan oksigen yang cukup untuk proses metabolisme.
- 4) **Gangguan Fungsi Gastrointestinal**
Imobilitas dapat menyebabkan gangguan fungsi gastrointestinal karena menurunkan hasil makanan yang dicerna, sehingga penurunan jumlah masukan yang cukup, sehingga terdapat keluhan, misalnya perut kembung, mual, dan nyeri pada lambung yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan pada proses eliminasi.
- 5) **Perubahan Sistem Pernafasan**
Imobilitas menyebabkan terjadinya perubahan sistem pernapasan, gerakan respirasi menjadi menurun disebabkan karena menurunnya gerakan otot inspirasi dan ekspirasi lalu terjadi penurunan Peak Expiratory Flow (PEF) 25-75% dan 20% pada posisi berbaring. kemudian terjadi penurunan volume plasma dan darah dikarenakan aliran darah paru meningkat 20% pada posisi berbaring dan 35% pada posisi berdiri.
- 6) **Perubahan Kardiovaskular**
Perubahan system kardiovaskular akibat imobilitas antara lain dapat terjadinya hipotensi ortostatik disebabkan karena kemampuan kerja saraf otonom menurun, sehingga meningkatnya kerja jantung, dan dapat terjadi pembentukan thrombus. Pada saat posisi tidur atau duduk dalam waktu yang lama, maka reflex neurovascular akan mengalami penurunan dan menyebabkan terjadinya vasokonstriksi kemudian darah terkumpul pada vena bagian bawah sehingga aliran darah ke system sirkulasi pusat terhambat, lalu terjadinya peningkatan kerja jantung dapat disebabkan

karena imobilitas pada posisi horizontal. Thrombus juga terjadi karena meningkatnya vena statis yang merupakan hasil penurunan kontraksi muscular sehingga meningkatkan arus balik vena.

7) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan yang terjadi pada otot dan rangka akibat imobilitas yaitu:

a) Gangguan Muskular.

Menurunnya massa otot pada imobilitas dapat menyebabkan terjadinya penurunan kekuatan otot. Menurunnya fungsi kapasitas otot maka akan mengalami penurunan keseimbangan. Kondisi berkurangnya massa otot dapat menyebabkan atropi pada otot. Misalnya seseorang yang dirawat lebih dari 6 minggu ukuran ototnya akan mengecil atau disebut dengan atropi.

b) Gangguan Skeletal.

Imobilitas juga dapat menyebabkan gangguan pada skeletal, misalnya kontraktur pada sendi dan osteoporosis. sehingga menyebabkan terjadinya atropi dan memendeknya otot.

c) Perubahan Sistem Integumen

Perubahan system integument pada imobilitas dapat terjadi karena menurunnya sirkulasi darah sehingga mengakibatkan elastisitas kulit menurun, karena jaringan atau organ tubuh akan mengalami kekurangan oksigen karena aliran darah terganggu sehingga dapat terjadi nekrosis.

d) Perubahan Eliminasi

Pada imobilisasi dapat terjadi perubahan dalam eliminasi karena berkurangnya asupan sehingga menurunnya jumlah urine, imobilitas juga dapat menyebabkan penurunan curah jantung sehingga aliran darah renal dan urine berkurang.

C. Melatih Pasien Berjalan/Ambulasi

1. Melatih Pasien Berjalan/Ambulasi Tanpa Alat Bantu

Kamus Merriam-Webster mendefinisikan ambulasi sebagai, "tindakan, atau contoh bergerak atau berjalan." Jadi, mobilitas adalah gerakan umum dan ambulasi adalah tindakan bergerak yang spesifik. Terkadang, orang lanjut usia yang memiliki masalah mobilitas dapat mengalami kesulitan berjalan sendiri—mereka membutuhkan bantuan. Ambulasi dengan bantuan berarti membantu seseorang berdiri dan mulai berjalan dengan bantuan orang lain atau sesuatu benda sebagai alat bantu. Bagi mereka yang terbaring di tempat tidur selama beberapa waktu pasca operasi atau karena kondisi kronis, ambulasi dengan bantuan sangat diperlukan. Setelah beberapa saat tidak dapat bergerak, baik selama masa pemulihan setelah operasi atau penyakit jangka panjang, tubuh dapat menjadi kaku, lemah, dan otot dapat mengalami atrofi. Sekarang setelah Anda mengetahui definisi ambulasi, mari kita lihat lebih spesifik cara melakukan ambulasi. membantu mobilitas pasien (Grossman, 2019).

2. Peran Perawat Dalam Membantu Ambulasi / Latihan Berjalan Tanpa Alat Bantu

Peran perawat dalam membantu ambulasi tanpa alat bantu adalah sebuah proses yang melibatkan berbagai aspek keterampilan dan keahlian. Perawat harus mampu melakukan evaluasi yang cermat terhadap kondisi fisik dan kesehatan pasien. Mereka perlu memahami secara mendalam tentang kondisi medis yang sedang dihadapi pasien, termasuk kemampuan motoriknya, kekuatan otot, keseimbangan tubuh, serta kemampuan untuk mengkoordinasikan gerakan. (Hidayat, 2013).

Menurut (Pangestu, 2018) Beberapa SOP yang akan dilakukan pada saat ambulasi berjalan tanpa alat pada pasien yaitu sebagai berikut :

a. Tujuan Membantu Ambulasi / Latihan Berjalan Pada Pasien

- 1) Untuk mencapai tingkat mobilitas maksimal dengan cara mempertahankan, menjaga atau

meningkatkan tonus dan kekuatan otot, rentang gerak.

- 2) Mencegah masalah-masalah akibat keadaan imobilitas, seperti decubitus, kelumpuhan dan kram otot.
 - 3) Mengembalikan kemandirian pasien.
 - 4) Melatih berjalan pada pasien dengan gangguan gerak pada ekstremitas bawah seperti fraktur
- b. Indikasi Membantu Ambulasi / Latihan Berjalan Pada Pasien
- 1) Klien dengan nyeri yang berhubungan dengan fraktur/ trauma.
 - 2) Klien yang mengalami kerusakan mobilitas fisik yang disertai nyeri dan bengkak pada sendi.
 - 3) Klien amputasi kaki; diatas atau dibawah lutut.
 - 4) Klien dengan kerusakan mobilitas fisik yang berhubungan dengan nyeri dan kerusakan pada musculoskeletal
 - 5) Klien setelah bedah artroskopis lutut
 - 6) Kerusakan mobilitas fisik yang berhubungan dengan ketidaknyamanan dan imobilisasi yang diprogramkan.
- c. Tata Cara dan Pelaksanaan Membantu Ambulasi Latihan Berjalan Tanpa Alat Bantu
- 1) Persiapan Pasien
 - a) Memperkenalkan diri
 - b) Bina hubungan saling percaya
 - c) Meminta pengunjung atau keluarga meninggalkan ruangan
 - d) Menjelaskan tujuan
 - (1) Menjelaskan langkah prosedur yang akan dilakukan
 - (2) Menyetujui waktu yang akan digunakan
 - e) Kaji kemampuan klien untuk berjalan
 - 2) Tahap Pra Interaksi
 - a) Membaca status pasien

- b) Mempersiapkan diri
 - c) Siapkan alat alat
 - d) Cuci tangan
- 3) Tahap Orientasi
- a) Mengucapkan salam, menyapa pasien dengan bahasa yang menyenangkan
 - b) Memperkenalkan nama perawat
 - c) Menjelaskan standar operasional prosedur tindakan pada klien atau keluarga
 - d) Menejelaskan tujuan tindakan padaklien dan keluarga
 - e) Menjelaskan tentang kerahasiaan
- 4) Tahap Kerja
- a) Cuci tangan
 - b) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
 - c) Anjurkan pasien untuk meletakkan tangan disamping badan atau memegang telapak tangan anda.
 - d) Berdiri disamping pasien dan pegang telapak dan lengan bahu pasien
 - e) Bantu pasien berjalan
- 5) Persiapan lingkungan
- a) Mempersiapkan lingkungan yang aman dan nyaman
- Dengan 1 perawat :
- Perawat berdiri disamping klien dan kedua tangan perawat memegang pinggang klien dan membantu klien dalam posisi tegak.
- Klien dianjurkan untuk berjalan sesuai toleransi dan perawat menyesuaikan dengan langkah klien. Latihan dilakukan secara bertahap.
- Catatan :
- Jika salah satu ekstremitas pasien terdapat kelemahan maka perawat berdiri disisi yang lemah. Tangan kanan perawat merangkul pinggang klien dan tangan kiri perawat memegang lengan atau tangan klien

Dengan 2 perawat :

Posisi Perawat berada di samping pasien (pada sisi kanan atau kiri).

Masing-masing tangan perawat merangkul lengan pasien bagian atas dan tangan perawat yang terjauh memegang lengan bawah atau tangan pasien atau masing-masing tangan perawat yang dekat dengan klien diselipkan dibawah lengan klien agar perawat dapat menopang pinggang klien, klien dan perawat saling berpegangan. Anjurkan pasien berjalan sesuai dengan kemampuannya dan iringi langkah perawat seirama dengan langkah pasien. Latihan dilakukan secara bertahap.

Catatan :

Agar pasien nyaman sesuaikan tinggi badan perawat dengan tinggi badan pasien.



- 6) Tahap Terminasi
 - a) Menyimpulkan hasil prosedur yang dilakukan
 - b) Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
 - c) Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien
- 7) Tahap Evaluasi
Menanyakan pada pasien apa ada keluhan yang dirasakan setelah berlatih berjalan
- 8) Tahap Dokumentasi
Catat seluruh hasil tindakan pada catatan keperawatan.

3. Membantu Ambulasi / Berjalan Dengan Alat Bantu

a. Jenis Alat Bantu Untuk Proses Rehabilitasi Ambulasi / Berjalan

Menurut (K, 2021) Terdapat tiga macam alat bantu yang memudahkan dalam proses rehabilitasi ambulasi, diantaranya :

1) Tongkat (*Cane*)

Tongkat memiliki komponen yaitu pegangan (*handle*), *adjusting knob* untuk pegangan, batang tongkat, knop pengatur tinggi tongkat, dan ujung bawah dari karet. Penggunaan tongkat yang benar dapat memberikan manfaat bagi penggunanya, Adapaun manfaat penggunaan tongkat adalah sebgai berikut :

- a) Meningkatkan keseimbangan
- b) Mengurangi nyeri
- c) Mengurangi tumpuan berat badan/beban pada tubuh yang cedera
- d) Mengompensasi otot-otot yang lemah
- e) Untuk memindai lingkungan sekitar pada mereka yang memiliki gangguan penglihatan



2) Kruk (*Crutches*)

Kruk adalah sebuah alat bantu untuk berjalan/ mobilisasi berupa tongkat yang memiliki pegangan pada bagian atasnya guna untuk membantu seseorang yang mengalami masalah atau cedera

pada ekstemitas bawah. Terdapat 2 jenis kruk yaitu:

a. Kruk aksilar (*axillary crutches*)

Dengan komponen-komponen bantalan ketiak, dua batang tegak, bantalan tangan, batangan yang dapat diatur panjangnya, dan bantalan karet pada kaki kruk.

b. Kruk lengan bawah (*lofstrand crutches*)

Dengan komponen-komponen berupa bantalan lengan bawah dan pengikat lengan bawah, bantalan tangan, satu batang tegak, dan ujung karet pada kaki kruk



3) Walker

Walker adalah suatu alat bantu berjalan yang sangat ringan dan mudah dipindahkan, ukuran setinggi pinggang terbuat dari pipa logam memiliki empat titik kaki yang kuat dan kokoh, alat ini di lengkapi dengan dua pegangan yang berfungsi sebagai tempat bagi penggnanya untuk berpegangan. alat ini memiliki design bentuk yang sesuai dengan kebuthan .bagi penggunya.



4. **Tata Cara dan Pelaksanaan Membantu Ambulasi Berjalan Dengan Alat Bantu.**
- a. Tahap Pra Interaksi
 - 1) Mengecek program terapi.
 - 2) Mencuci tangan.
 - 3) Mengidentifikasi pasien dengan benar.
 - 4) Persiapkan alat dan bahan yang di butuhkan pasien
 - b. Tahap Orientasi
 - 1) Mengucapkan salam, menyapa nama memperkenalkan diri. pasien,
 - 2) Melakukan kesepakatan waktu dengan pasien untuk melakukan latihan atau tindakan
 - 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan.
 - 4) Menanyakan kesiapan dan meminta kerja sama pasien.
 - c. Tahap Kerja
 - 1) Menjaga privacy.
 - 2) Mengajak pasien membaca Basmalah dan berdoa.
 - Bila menggunakan kruk
 - a) sebelum menggunakan kruk, Ukur terlebih dahulu panjang kruk yang sesuai dengan kebutuhan pasien:
 - (1) Posisikan pasien tidur terlentang agar perawat dapat mengukur kebutuhan tinggi kruk yang akan di gunakan oleh pasien dengan cara ukur dari lipatan anterior aksilla hingga tumit kaki dengan menambahkan 2,5 cm.
 - (2) Pasien berdiri tegak dan meletakkan tongkat di bawah ketiak pasien. Perawat memastikan bahwa sandaran bahu pada kruk minimal memiliki lebar 3 jari, yaitu 2,5 sampai 5 cm dibawah aksilla.
 - b) Menempatkan pegangan kruk :
 - (1) Bantu pasien berdiri dan topang berat badan pasien dengan berpegangan pada kruk.

- (2) Perawat mengukur sudut fleksi siku. Sudut tersebut harus bersudut 30 derajat. Sebuah goniometer dapat digunakan untuk memastikan sudut yang tepat.
- c) Instruksikan pasien untuk menggunakan poros berdiri. Pada saat Poros berdiri tempatkan kruk dengan jarak 15 cm di depan kaki pasien dan 15 cm di samping kaki pasien
 - d) Ajarkan pasien salah satu dari 4 cara berjalan, umumnya cara berjalan yang di programkan telah di dapat dari terapi fisik atau dokter.
 - (1) Pasien memiliki empat titik langkah setiap kaki dapat digerakkan berdasarkan pilihan dengan pada masing-masing kruk dan pasien memiliki tiga titik dukungan pada lantai untuk berjalan.
 - (2) Tiga titik pilihan atau langkah tiga titik berat badan dibebankan pada kaki yang tidak cedera, kemudian kepada kedua kruk, dan selanjutnya diulang. Kaki yang cedera tidak menyentuh lantai selama fase langkah tiga titik secara bertahap, pasien maju untuk menyentuh dan membebankan berat badan penuh pada kaki yang sakit.
 - (3) Langkah dua titik pasien menggerakkan masing- masing kruk pada waktu yang bersamaan saat kaki yang berlawanan juga bergerak, sehingga gerakan kruk sama dengan gerakan tangan seperti berjalan normal.
 - (4) Langkah swing-through atau swing-to gait dengan berat badan pada kaki penyokong, pasien meletakkan kruk satu langkah di depan dan kemudian mengayun pada atau melalui posisi tersebut saat pasien menyokong berat badannya.

- e) Ajarkan pasien naik dan turun tangga.
- (1) Naik Tangga
 - (a) Tempatkan pada posisi poros
 - (b) Pindahkan berat badan pada kruk.
 - (c) Tempatkan kaki yang tak sakit, diantara sisi kruk dan tangga.
 - (d) Pindahkan berat badan dari kruk ke kaki yang tak sakit
 - (e) Sejajarkan kruk pada tangga
 - (2) Turun Tangga
 - (a) Mulai menetapkan poros tubuh
 - (b) Tumpukan berat badan pada kaki yang tidak sakit
 - (c) Letakkan kruk pada tangga dan tumpukan berat badan pada kruk kemudian gerakkan kaki yang sakit kedepan
 - (d) Sejajarkan kaki yang tak sakit pada tangga dan kruk
 - (e) Ajarkan pasien cara duduk di kursi dan cara bangun dari kursi
 - (3) Duduk
 - (a) Pasien diposisikan di tengah depan kursi dengan aspek posterior tungkai menyentuh kursi
 - (b) Pegang kruk dengan kedua tangan pasien yang tidak sakit jika kedua tangan sakit gunakan tangan yang lebih kuat.
 - (c) Anjurkan Pasien memegang sandaran tangan pada kursi dengan tangan yang lain lalu tempatkan tubuh ke kursi
 - (4) Bangun
 - (a) Pasien memegang tangan kursi dengan tangan yang lain dan merendahkan tubuh ke kursi

- (b) Pegang kruk dengan kedua tangan pasien yang tidak sakit jika kedua tangan sakit gunakan tangan yang lebih kuat.
 - (c) Posisikan pasien tepat di depan kursi bagian tengah aspek posterior tungkai menyentuh kursi
- Bila menggunakan walker
 - a) Instruksikan pasien untuk memegang pemegang tangan pada batang dibagian atas, melangkah, memindahkan walker lebih lanjut dan melangkah lagi.
 - b) Anjurkan pasien untuk mencoba naik dan turun tangga
- Bila menggunakan tongkat
 - a) Untuk sokongan maksimum ketika berjalan tempatkan tongkat dengan jarak 15-25 cm di depan pasien
 - b) Kaki yang terlemah bergerak maju dengan tongkat sehingga berat badan dibagi antara tongkat dan kaki yang terkuat. Kaki yang terkuat maju lebih dulu setelah tongkat sehingga berat badan ditopang oleh tongkat dan kaki terlemah.
 - c) Lakukan latihan ini dengan teratur saat berjalan.
- d. Tahap terminasi
 - 1) Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan.
 - 2) Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
 - 3) Merapikan pasien dan lingkungan.
 - 4) Mengajak pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah.
 - 5) Sampaikan kontrak pertemuan untuk latihan berikutnya
 - 6) Memberikan salam lalu pamit kepada pasien
 - 7) Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula.

DAFTAR PUSTAKA

- Anisyah. (2020). Asuhan Keperawatan Terapi Latihan pada Pasien Stroke di Ruang Stroke RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Bengkulu: Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu.
- Deswani. (2011). Proses Keperawatan dan Berfikir Kritis . Jakarta: Salemba Medika.
- Grossman, J. (2019). Your Top Guide to Ambulating a Patient or Loved One. COMMONWISE HOME CARE, 1-2.
- Hinchliff, S. (1999). Kamus Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Haswita, & Sulistyawati, R. (2017). Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta Timur: CV Trans Info Media.
- Hidayat. (2013). Pengantar Kebutuhan Manusia. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. (2013). Pengantar kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- K, F. D. (2021). Ortosis, Protosis dan Alat Bantu Bagian 1: Alat Bantu Jalan (Tongkat, Kruk dan Walker). Jakarta: Flex Free.
- Kasiati, & Rosmalawai, N. W. (2016). Kebutuhan Dasar Manusia 1. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Oktraningsih, L. (2017). Gambaran Kekuatan Otot Pasien Stroke yang Immobilisasi di RSUP H. Adam Malik . Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Pangestu, W. (2018). SOP Melatih Berjalan Tanpa Alat Bantu. Malang: Poltekkes Kemenkes Malang.
- Potter, & Perry. (2006). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Potter, & Perry. (2012). Fundamental Of Nursing Buku 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Tartowo, & Wartolah. (2015). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 4. Jakarta: Tedjasukmana.
- WHO. (2021, April Kamis). Primary Health Care. Primary Health Care, p. 1.
- Widuri. (2019). Kebutuhan Dasar Manusia (Aspek Mobilitas dan Isirahat Tidur). Yogyakarta: Gosyen Publishing.

BIODATA PENULIS



Marlina, SST., S.Kep., Ners., M.Kes., NIDN.3422017901 lahir di desa Blang Pulo kota Lhokseumawe penulis tercatat sebagai lulusan Universitas Sumatera Utara S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Reproduksi. Lina adalah nama saapan sehari-hari, anak dari Pasangan H.Mustafa Ibrahim(Ayah alm) dan Hj.Madriah Idris (Ibu). Marlina adalah Dosen di Poltekkes Kemenkes Aceh sejak tahun 2020 sampai dengan sekarang. Sebelumnya sebagai dosen pengajar di Akper Pemkab Aceh Utara sejak 2005 sampai 2019. Penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat. Penulis aktif dalam organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di kabupaten Aceh Utara sejak tahun 2010 sampai dengan sekarang .

BAB 11

Istirahat dan Tidur

Ns. Loriza Sativa Yan, S.Kep, M.N.S

A. Pendahuluan



Gambar 1. Ilustrasi kebutuhan tidur dan istirahat

B. Konsep Dasar Istirahat dan Tidur

1. Pengertian

Tubuh berfungsi optimal setelah kebutuhan istirahat dan tidur tercapai dalam jumlah yang cukup. Kebutuhan istirahat dan tidur diartikan sebagai aspek penting bagi tubuh yang harus dipenuhi (Feo et al., 2023).. Kebutuhan dasar ini akan berbeda oleh setiap orang. Istirahat dapat didefinisikan sebagai kondisi dimana tubuh merasakan kenyamanan tanpa disertai gangguan dari lingkungan atau perubahan emosional. Seseorang dapat melakukan istirahat

dengan tidak melakukan sebuah aktifitas ataupun disertai dengan aktifitas tertentu.

Tidur merupakan gambaran terjadinya perubahan tingkat kesadaran seseorang yang disebabkan penurunan respon tubuh terhadap lingkungan. Proses tidur diawali dengan aktifitas fisik yang rendah, menurunnya kesadaran dan respon fisiologi terhadap stimulus dari lingkungan luar. Tubuh seseorang selalu membutuhkan waktu tidur sebanyak sepertiga dari total aktifitas sehari-hari yang dilakukan (Hughes, 2012).

Seseorang dapat menilai bahwa tidur memberikan efek positif bagi tubuh (Wise et al., 2023). Setelah tidur terpenuhi tubuh akan dipulihkan atau diistirahatkan dari aktifitas fisik, mencegah timbulnya stres dan mengurangi ancaman kecemasan, bahkan tidur tersebut dapat membentuk konsentrasi ketika memulai kembali aktifitas yang baru.

2. Kebutuhan istirahat dan tidur

Waktu tidur ideal yang disarankan berdasarkan tahapan perkembangan usia, yaitu (Heller, 2023):

a. Bayi usia 0–3 bulan:

Bayi baru lahir hingga usia 3 bulan membutuhkan waktu tidur selama 14–17 jam per hari. Bayi memiliki sistem pernapasan teratur, mobilitas sedikit, 50% tidur NREM dan berkurang pada tahap III dan IV tidur NREM. Setiap siklus sekitar 45–60 menit.

b. Bayi usia 4–11 bulan

Kategori bayi ini dapat tidur sebanyak 12–15 jam per hari, 20–30% tidur REM, tidur lebih lama pada malam hari dan sering terbangun.

c. Anak *toodler* (1–2 tahun)

Usia *toodler* memiliki kebutuhan waktu tidur sebanyak 11–14 jam per hari, 25% tidur REM, tidur di malam hari lebih banyak, tidak sering terbangun pada dini hari, dan siklus tidur normal menetap pada umur 2–3 tahun.

- d. Anak prasekolah (3–5 tahun)
Kebutuhan tidur anak prasekolah ini selama 10–13 jam per hari, 20% tidur REM, periode terbangun hilang pada umur 3 tahun. Kebiasaan tidur siang tidak ada dan kebiasaan tidur sore hari hingga umur 5 tahun.
- e. Anak usia sekolah (6–13 tahun)
Anak usia sekolah membutuhkan waktu tidur selama 9–11 jam per hari, 18,5% tidur REM dan sisa waktu tidur relatif konstan.
- f. Remaja (14–17 tahun)
Bagi remaja waktu tidur yang dibutuhkan adalah 8–9 jam per hari dan 20% tidur REM.
- g. Dewasa muda (18–25 tahun)
Dewasa awal memiliki waktu normal tidur selama 7–8 jam per hari, 20–25% tidur REM, 5–10% tidur tahap I, 50% tidur tahap II, dan 10–20% tidur tahap III dan IV.
- h. Dewasa lanjut (26–59 tahun)
Kelompok usia ini membutuhkan 7–8 jam per hari untuk tidur, 20% tidur REM, dan akan mengalami insomnia dan sulit untuk memulai tidur.
- i. Lansia usia lebih dari 60 tahun
Lansia memiliki waktu tidur normal sebanyak 6–7 jam per hari. Lansia juga memiliki 20–25% tidur REM, tidur tahap IV mulai berkurang kadang-kadang tidak ada. Lansia dapat mengalami gangguan tidur insomnia dan sering terbangun di malam hari.

3. Fisiologis tidur

Siklus tidur dikelola oleh batang otak yaitu di area Reticular Activating System (RAS) dan Bulbar Synchronizing Region (BSR). Bagian RAS terdiri dari kumpulan sel-sel yang bertugas untuk mengawasi kesadaran dan kewaspadaan, mengontrol sumber emosi dan stimulus visual, suara, nyeri, sensorik raba serta proses fikir. RAS akan mengeluarkan zat katekolamin dan serum serotonin yang dilepaskan oleh BAR ketika tidur.

Selanjutnya tubuh memasuki ritme sirkadian (Stermann, 2022).

Siklus sirkadian lebih dikenal sebagai jam biologis tubuh (bioritme) selama 24 jam. Bioritme seseorang terjadi secara bervariasi tergantung kondisi lingkungan. Dalam hal ini berkaitan dengan sumber pencahayaan, kondisi grafivitas, dan stimulus elektromagnetik. Saat tidur terjadi tubuh mengaktifkan siklus sirkadian secara otomatis. Seseorang memiliki ritme sirkadian paling tinggi atau paling aktif saat bangun (beraktifitas) dan ritme sirkadian paling rendah saat tidur. Selain itu, siklus sirkadian selalu mempengaruhi detak jantung, tekanan darah, suhu tubuh, sekresi hormon, metabolisme dan perubahan emosional dalam diri seseorang (Heller, 2023).

Seseorang akan tertidur apabila telah memasuki tahap tidur NREM dan REM (Wong et al., 2023). Proses terbentuknya tidur ini membutuhkan waktu 1,5 jam dan seseorang juga dapat mengalami sebanyak 4 (empat) atau 5 (lima) kali siklus dalam 7-8 jam. Siklus tidur diawali dengan tidur NREM dan dilanjutkan ke tahapan tidur REM. Tidur NREM tahap I hingga tahap III terjadi dalam 30 menit, kemudian diteruskan ke tahap IV selama 20 menit. Akan tetapi seseorang dapat kembali ke siklus tidur NREM tahap III dan II selama 20 menit. Selanjutnya, seseorang memasuki tahap I siklus tidur REM yang berlangsung selama 10 menit. Rangkaian siklus terbentuknya tidur ini akan terjadi secara berulang dalam tubuh seseorang.

4. Tahapan dan siklus tidur

Tahapan dan siklus tidur terdiri dari 2 bagian yaitu (Wong et al., 2023):

a. Tidur *Non-Rapid Eye Movement* (NREM)

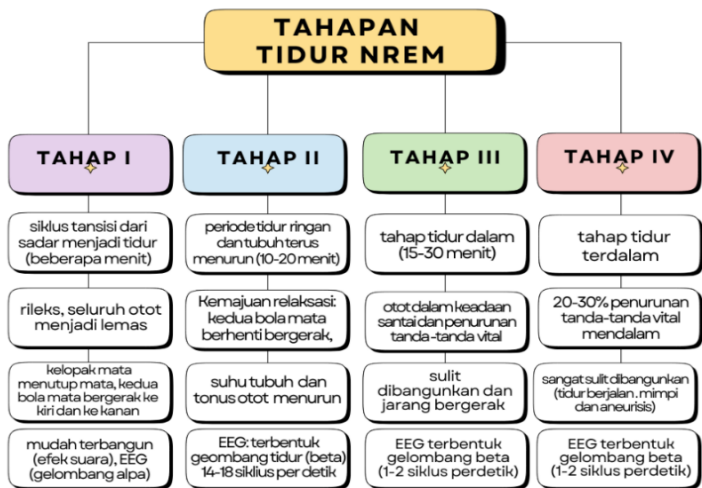
Tidur NREM dikenal sebagai siklus tidur yang pendek. Tahap tidur NREM disebut juga sebagai tidur gerak bola mata lambat. Hal ini terjadi karena gelombang otak lebih pendek saat tidur daripada gelombang alfa dan beta pada saat orang yang tidak

tidur. Penurunan fungsi fisiologis dan metabolisme tubuh terjadi saat siklus tidur NREM termasuk tanda-tanda vital dan kerja otot melambat. Seseorang dapat merasakan tidur yang nyaman dan dalam pada tahap tidur NREM.

Seseorang yang tidak mampu mendapatkan tidur NREM mempunyai tanda-tanda antara lain:

- a. Interaksi sosial berkurang dan mudah menarik diri
- b. Respon menurun, bersikap acuh tak acuh dan terkesan cuek
- c. Raut wajah terlihat kusam dan kusut
- d. Tidak ada niat untuk mengajak orang lain untuk berbicara
- e. Terlihat sering menguap dan mengantuk

Tidur NREM mempunyai 4 (empat) tahap. Tahap I dan II merupakan siklus tidur ringan (*light sleep*) sedangkan tahap III dan IV disebut siklus tidur dalam (*deep sleep*) atau (*delta sleep*). Tahapan tidur NREM tersebut dijelaskan pada gambar dibawah ini:



Gambar 2. Tahapan tidur NREM

b. Tidur *Rapid Eye Movement* (REM)

Waktu tidur pada siklus REM terjadi pada setiap 90 menit dan dapat berlangsung selama 5-30 menit. Seseorang memiliki tidur tidak senyenyak pada siklus tidur NREM, dan dapat mengalami mimpi pada tahap tidur NREM ini. Siklus REM membuat aktifitas otak relatif tinggi dan 20% proses metabolisme tubuh akan meningkat. Seseorang juga cepat mendapatkan tidur mendalam sehingga tidak mudah dibangunkan atau terbangun mendadak. Selama tahap tidur REM ini, aktifitas tonus otot-otot menurun, meningkatnya metabolisme lambung, denyut jantung dan frekuensi nafas cepat.

Apabila seseorang kehilangan siklus tidur NREM dan REM ditandai dengan gejala yaitu mengalami penurunan konsentrasi, kelelahan, dan sulit melakukan beraktifitas. Karakteristik tahapan tidur REM dijelaskan sebagai berikut:



Gambar 3. Karakteristik Tidur REM

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi istirahat dan tidur

Seseorang perlu menghitung kebutuhan istirahat dan tidur (Frank & Heller, 2019). Kecukupan kebutuhan waktu tidur dan istirahat dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu

faktor eksternal dan faktor internal. Uraian kedua faktor tersebut sebagai berikut:

a. Kondisi eksternal

Kondisi eksternal dapat bersumber dari luar tubuh yaitu aktifitas, suhu lingkungan dan kebisingan.

1). Aktifitas

Seseorang yang memiliki kegiatan padat dan sering berganti jam kerja harus mengatur aktivitasnya agar bisa tidur pada waktu yang tepat. Kondisi ini dapat menyebabkan kelelahan pada tubuh. Saat lelah, tubuh kehilangan energi akibat dari aktifitas yang dikerjakan. Tanda-tanda kelelahan mudah dikenali dan sering muncul pada aktifitas yang monoton bahkan dilakukan secara berulang-ulang. Tubuh yang lelah dapat mempengaruhi kebutuhan istirahat dan tidur. Semakin lelah seseorang, maka semakin pendek siklus tidur REM yang dilaluinya. Setelah beristirahat biasanya siklus REM akan kembali memanjang. Dalam kondisi kelelahan maka tubuh seseorang tidak dapat tidur dengan nyenyak dan nyaman.

2). Suhu lingkungan

Fluktuasi suhu lingkungan dapat mempercepat dan memperlambat proses tidur. Tubuh memiliki sebuah sistem kontrol untuk menghasilkan dan mempertahankan panas. Ketika tidur, suhu tubuh mulai turun dan sepanjang malam terus turun hingga mencapai titik terendah. Pada saat suhu lingkungan meningkat, pembuluh darah menyempit untuk meminimalkan banyaknya panas yang hilang melalui kulit di seluruh tubuh. Dan apabila terjadi penurunan suhu lingkungan, panas dapat hilang melalui kulit bagian distal (kulit yang paling jauh dari inti tubuh termasuk lengan, tangan, tungkai, kaki). Adanya peningkatan atau

penurunan suhu lingkungan yang terlalu cepat selama tidur memicu seseorang mudah terbangun.

3). Kebisingan

Kebisingan atau polusi suara menjadi menjadi masalah lingkungan terbanyak di dunia. Kebisingan dari lingkungan memicu pelepasan kortisol, dan akan direspon oleh tubuh sebagai suatu stimulus yang menjadi sumber gangguan, stress atau ancaman bagi tubuh. Hormon kortisol yang dilepaskan mampu memperlambat terbentuknya melatonin di dalam tubuh sehingga menyebabkan gangguan proses tidur. Gangguan tidur ini akan memberikan dampak buruk pada perubahan fisiologis-psikologis dan masalah kesehatan seseorang.

b. Kondisi internal

Kondisi internal berasal dari dalam tubuh, yaitu:

1). Status kesehatan

Kebutuhan istirahat dan tidur dapat dipengaruhi oleh status kesehatan seseorang. Apabila seseorang dalam keadaan sehat, tubuh mudah tidur dengan cepat bahkan nyenyak. Akan tetapi pada seseorang atau pasien yang sedang menderita penyakit maka terjadi gangguan kebutuhan istirahat dan tidur. Penyakit dapat menyebabkan nyeri, sesak nafas atau distress fisik yang dapat menyebabkan gangguan saat tidur. Oleh karena itu, tubuh membutuhkan waktu tidur yang lebih banyak dari pada biasanya

2). Perubahan emosional

Respon emosional dapat terjadi secara adaptif dan maladaptif pada waktu tertentu. Hal ini berkaitan dengan stress seperti perasaan cemas yang berlebihan (ansietas) dan bahkan seseorang merasakan depresi. Perasaan ansietas meningkatkan kadar norepinefrin melalui stimulasi

sistem saraf simpatis. Kondisi ini dapat menyebabkan berkurangnya siklus tidur NREM tahap IV, tidur REM serta mudah terbangun saat tidur. Apabila perubahan emosional ini menjadi tidak terkontrol maka akan menyebabkan seseorang sering kali mengalami masalah pada frekuensi dan kualitas tidur.

3). Konsumsi bahan simultan

Konsumsi bahan simultan berdampak buruk pada siklus tidur seseorang. Obat memberikan efek samping yang dapat mempengaruhi kualitas tidur. Golongan obat hipnotik menurunkan kerja saraf sehingga mengganggu tidur NREM tahap III dan IV. Obat betablocker bisa menyebabkan insomnia dan mimpi buruk, sedangkan golongan narkotik menekan tidur REM dan menyebabkan seringnya terjaga di malam hari. Selain obat, kadar kafein dalam minuman mampu menekan saraf pusat dan menyebabkan gangguan tidur. Konsumsi alkohol yang berlebihan juga dapat mengganggu siklus tidur REM. Pengaruh alkohol yang telah hilang dapat menyebabkan mimpi buruk. Kandungan nikotin di dalam rokok memiliki efek stimulasi pada tubuh. Bagi perokok aktif sering kali kesulitan untuk tidur dan mudah terbangun di malam hari.

6. Jenis-jenis gangguan istirahat dan tidur

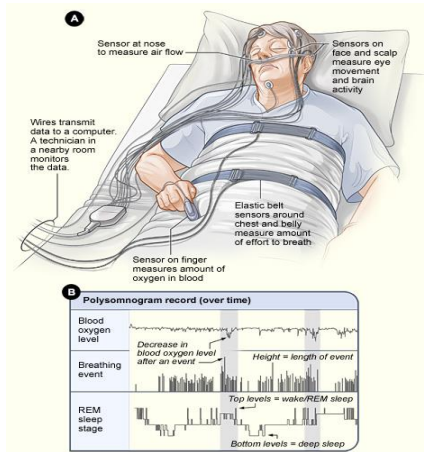
Gangguan istirahat dan tidur yang umum terjadi antara lain (Markey et al., 2023):

a. Insomnia

Ketidakmampuan seseorang memulai tidur dan tidak dapat memenuhi kebutuhan kuantitas dan kualitas tidur disebut insomnia. Keluhan insomnia sering dialami oleh usia dewasa yang disebabkan adanya gangguan fisik dan mental.

- b. Narkolepsi
Narkolepsi disebut gangguan tidur yang bersifat kronis ditandai dengan rasa kantuk di siang hari dan serangan tidur secara tiba-tiba (*sleep attack*). Keluhan narkolepsi dipicu oleh kerusakan saraf pusat yang menyebabkan tidak terkendalinya tahap tidur REM.
 - c. Parasomnia
Parasomnia dikenal sebagai bentuk perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Anak-anak menjadi kelompok usia yang paling sering mengalami parasomnia. Keluhan parasomnia dapat terjadi saat tidur (tidur berjalan, *night terror*), transisi bangun tidur (mengigau), dan gangguan tidur REM (mimpi buruk dan bruksisme).
 - d. Hipersomnia
Hipersomnia adalah kebutuhan tidur yang berlebih terutama waktu siang hari. Keluhan hipersomnia disebabkan oleh kondisi kerusakan pada sistem saraf, gangguan hati atau ginjal, gangguan metabolisme (hipertiroidisme). Pada kondisi tertentu, hipersomnia dapat digunakan sebagai mekanisme koping untuk menghindari tanggung jawab pada siang hari.
 - e. Apnea
Kondisi henti nafas secara periodik saat tidur disebut apnea (*sleep apnea*). Apnea dapat ditandai dengan mengorok dan rasa kantuk yang lama setelah periode tidur. Penyebab apnea berupa penyempitan saluran pernafasan atau saluran pernafasan tertutup saat menarik napas oleh benda asing seperti darah, cairan, lidah atau dahak.
7. Cara pengukuran kualitas kebutuhan tidur dan istirahat
- a. Polisomnografi
Pemeriksaan ini dilakukan dengan pemasangan kabel elektroda untuk menilai gambaran gelombang dari elektroensefalografi (EEG), elektrookulografi (EOG) dan elektromiografi (EMG) (Erlacher et al., 2023). Elektroda dipasang pada area dagu, pipi, dan sisi mata.

Proses polisomnografi membutuhkan waktu satu malam. Pasien diminta datang menjelang waktu tidur pasien dan sebaiknya tidak mengonsumsi kafein atau alkohol. Hasil tes akan mencatat gelombang otak, kadar oksigen darah, detak jantung, dan pernapasan ketika tidur serta menganalisis pergerakan mata dan kaki. Pelayanan pemeriksaan polisomnografi hanya tersedia di rumah sakit tertentu.



Gambar 4. Pemeriksaan Polisomnografi

b. Aktigrafi

Aktigrafi adalah alat pemeriksaan portabel seperti jam tangan dan menilai pergerakan yang terjadi selama periode tidur (Erlacher et al., 2023). Aktigrafi dilengkapi detektor berupa akselerometer dan memori perekam yang dapat mengukur kualitas dan kuantitas tidur selama seminggu atau lebih. Aktigrafi juga dapat merekam parameter lain yang mempengaruhi kualitas tidur, seperti paparan cahaya dan suhu tubuh.



Gambar 5. Pemeriksaan Aktigrafi

c. Pengkajian kualitas tidur

Instrumen pengkajian *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) dapat mengidentifikasi kualitas tidur, keluhan tidur secara subjektif, interval waktu tidur, durasi tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, ada tidaknya penggunaan obat-obatan untuk tidur, maupun gangguan dalam beraktivitas. Kategori kualitas tidur baik (skor PSQI < 5, dan buruk (skor PSQI ≥ 5). Instrumen PSQI telah banyak diterapkan dalam penelitian keperawatan dengan hasil yang validasi yang baik untuk mengukur kebutuhan tidur (Heller, 2023).

8. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan sangat penting dilakukan untuk membantu mengatasi masalah tidur yang dialami pasien. Bagi pasien yang merasakan adanya gangguan pola tidur (Erlacher et al., 2023), dapat dilakukan perencanaan tindakan dibawah ini:

- a. Pengurangan kecemasan
- b. Pemijatan
- c. Pengaturan posisi
- d. Teknik relaksasi
- e. Manajemen lingkungan
- f. Manajemen lingkungan: kenyamanan

Sedangkan pada seseorang yang ingin memiliki kesiapan meningkatkan pola tidur dapat menerapkan cara sebagai berikut (Brownlee et al., 2021):

- a. Terapi musik
- b. Imajinasi terbimbing
- c. Manajemen nyeri

- d. Manajemen energi
- e. Peningkatan latihan relaksasi
- f. Relaksasi otot progresif

Perawat perlu memperhatikan kemampuan pasien ketika akan menerapkan beberapa intervensi keperawatan di atas. Tindakan ini dapat dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi bersama tim kesehatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Brownlee, J. L., Irvine, S., Sullivan, V., & Thorpe, K. (2021). Educators reflecting on sleep and rest time dilemmas in ECEC: where is the “critical” in reflective practices? *Australian Educational Researcher*, 48(4). <https://doi.org/10.1007/s13384-020-00414-8>
- Erlacher, D., Eccles, D. W., & Jakowski, S. (2023). Sleep, Recovery and Rest. In *Sport and Exercise Psychology: Theory and Application*. https://doi.org/10.1007/978-3-031-03921-8_24
- Feo, R., Pearce, S., Kitson, A., & Conroy, T. (2023). Codesigning a Nursing Leadership Program to Transform Value and Delivery Systems for Fundamental Care. *Journal of Nursing Management*, 2023. <https://doi.org/10.1155/2023/1318377>
- Frank, M. G., & Heller, H. C. (2019). The Function(s) of Sleep. In *Handbook of Experimental Pharmacology* (Vol. 253). https://doi.org/10.1007/164_2018_140
- Heller, H. C. (2023). The functions of sleep. In *Encyclopedia of Sleep and Circadian Rhythms: Volume 1-6, Second Edition*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822963-7.00111-0>
- Hughes, S. J. (2012). Kozier and Erb’s Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice. *Nurse Education in Practice*, 12(2). <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.09.002>
- Markey, C., Hart, D., & Zacher, D. (2023). Fuel your body. In *Being You*. <https://doi.org/10.1017/9781108954242.006>
- Sterman, M. B. (1972). The Basic Rest-Activity Cycle and Sleep: Developmental Considerations in Man and Cats**Supported by the United States Veterans Administration and by a grant from NIMH (MH-10083). Bibliographic assistance was received from the UCLA Brain Information Service which is part of the Neurological Information Network of NINDS and is supported under Contract DHEW PH-43-66-59. In *Sleep and the Maturing Nervous System*. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-176250-6.50016-1>
- Wise, J., Caiola, C., & Njje-Carr, V. (2023). A Fundamental Shift in

- Nursing is a Requisite for Achieving Health Equity: The Nurses' Role in Addressing Social Determinants of Health. In *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* (Vol. 34, Issue 1). <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000383>
- Wong, S. G., Vorakunthada, Y., Lee-Iannotti, J., & Johnson, K. G. (2023). Sleep-related motor disorders. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 195). <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98818-6.00012-1>
- Brownlee, J. L., Irvine, S., Sullivan, V., & Thorpe, K. (2021). Educators reflecting on sleep and rest time dilemmas in ECEC: where is the "critical" in reflective practices? *Australian Educational Researcher*, 48(4). <https://doi.org/10.1007/s13384-020-00414-8>
- Erlacher, D., Eccles, D. W., & Jakowski, S. (2023). Sleep, Recovery and Rest. In *Sport and Exercise Psychology: Theory and Application*. https://doi.org/10.1007/978-3-031-03921-8_24
- Feo, R., Pearce, S., Kitson, A., & Conroy, T. (2023). Codesigning a Nursing Leadership Program to Transform Value and Delivery Systems for Fundamental Care. *Journal of Nursing Management*, 2023. <https://doi.org/10.1155/2023/1318377>
- Frank, M. G., & Heller, H. C. (2019). The Function(s) of Sleep. In *Handbook of Experimental Pharmacology* (Vol. 253). https://doi.org/10.1007/164_2018_140
- Heller, H. C. (2023). The functions of sleep. In *Encyclopedia of Sleep and Circadian Rhythms: Volume 1-6, Second Edition*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822963-7.00111-0>
- Hughes, S. J. (2012). Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice. *Nurse Education in Practice*, 12(2). <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.09.002>
- Markey, C., Hart, D., & Zacher, D. (2023). Fuel your body. In *Being You*. <https://doi.org/10.1017/9781108954242.006>
- Sterman, M. B. (1972). The Basic Rest-Activity Cycle and Sleep: Developmental Considerations in Man and Cats**Supported by the United States Veterans Administration and by a grant from NIMH (MH-10083).

Bibliographic assistance was received from the UCLA Brain Information Service which is part of the Neurological Information Network of NINDS and is supported under Contract DHEW PH-43-66-59. In *Sleep and the Maturing Nervous System*. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-176250-6.50016-1>

- Wise, J., Caiola, C., & Njie-Carr, V. (2023). A Fundamental Shift in Nursing is a Requisite for Achieving Health Equity: The Nurses' Role in Addressing Social Determinants of Health. In *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* (Vol. 34, Issue 1). <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000383>
- Wong, S. G., Vorakunthada, Y., Lee-Iannotti, J., & Johnson, K. G. (2023). Sleep-related motor disorders. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 195). <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98818-6.00012-1>

BIODATA PENULIS



Ns. Loriza Sativa Yan, M.N.S. Lahir di Tanjung pauh Mudik, pada 19 Agustus 1986. Ia tercatat sebagai lulusan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Andalas Padang dan S2 *Master of Nursing Science (Family and Community Health Nursing)* di Kasetsart University Bangkok Thailand. Saat ini penulis bekerja di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jambi.

BAB 12

Pemenuhan Kebutuhan Seksual

Ns.Suyamto SST., MPH

A. Pendahuluan

Dalam kehidupan sehari-hari, kata seks secara harfiah berarti jenis kelamin. Pengertian seks kerap hanya mengacu pada aktivitas biologis yang berhubungan dengan alat kelamin (genetalia), meski sebenarnya seks sebagai keadaan anatomi dan biologis, sebenarnya hanyalah pengertian sempit dari yang dimaksud dengan seksualitas.

Seksualitas merupakan kondisi secara keseluruhan kompleksitas baik emosi, perasaan, kepribadian, dan sikap seseorang yang berkaitan dengan perilaku serta orientasi seksualnya (Avriyah, 2012).

Menurut (Alfiani, 2021) seksualitas adalah suatu aspek inti manusia sepanjang kehidupannya dan meliputi seks, identitas dan peran gender, orientasi seksual, erotisme, kenikmatan, kemesraan dan reproduksi. Seksualitas dan seks merupakan hal yang berbeda :

- a. Seksualitas adalah bagaimana seseorang merasa tentang diri mereka dan bagaimana mereka mengkomunikasikan perasaan tersebut kepada orang lain melalui tindakan yang dilakukannya seperti sentuhan, pelukan ataupun perilaku yang lebih halus seperti isyarat gerak tubuh, cara berpakaian, dan pengolahan kata, termasuk pikiran, pengalaman, nilai, fantasi, dan emosi.

- b. Seks adalah menjelaskan ciri jenis kelamin secara anatomi dan fisiologi pada laki-laki dan perempuan, hubungan fisik antar individu atau aktivitas seksual genital.

B. Konsep Kebutuhan Seksual

1. Pengertian Seksual

Kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (feed back) antara kedua individu tersebut. Kata seks sering digunakan dalam dua cara. Paling umum seks digunakan untuk mengacu pada bagian fisik dari berhubungan, yaitu aktivitas seksual genital (Alvaenatun Hesti, 2020).

Seksualitas di lain pihak adalah istilah yang lebih luas. Seksualitas diekspresikan melalui interaksi dan hubungan dengan individu dari jenis kelamin yang berbeda atau sama dan mencakup pikiran, pengalaman, pelajaran, ideal, nilai, fantasi, dan emosi. Pada manusia seksual berkaitan dengan biologis, fisiologis, psikologis, sosial dan norma yang berlaku. Hubungan seks manusia dapat dikatakan bersifat sakral dan mulia sehingga secara wajar hanya dibenarkan dalam ikatan pernikahan (Alvaenatun Hesti, 2020).

Perilaku seksual adalah segala tingkah laku yang didorong oleh oleh hasrat seksual baik yang dilakukan sendiri, dengan lawan jenis maupun sesama jenis. Bentuk-bentuk tingkah laku ini bisa bermacam-macam, mulai dari perasaan tertarik sampai tingkah laku berkencan, bercumbu, dan bersenggama (Sarwono, 2011). Objek seksualnya bisa berupa orang lain, orang dalam khayalan atau diri sendiri. Perilaku seksual adalah cara seseorang mengekspresikan hubungan seksualnya. Perilaku seksual sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai budaya, interpretasi agama, adat tradisi, dan kebiasaan masyarakat. Karena itu perilaku seksual merupakan kontruksi sesual, tidak bersifat kodrati, dan tentu saja dapat dipelajari. Disinilah

perbedaan mendasar antara orientasi seksual dan perilaku seksual. Sayangnya tidak banyak orang yang mau memahami perbedaan kedua istilah ini secara arif. Akibatnya, tidak sedikit yang menemui keduanya secara rancu dan salah kaprah (Husein Muhammad, 2011).

2. Tujuan Seksual

a. Tinjauan seksual dari beberapa aspek:

- 1) *Aspek biologis*: aspek ini kita memandang seksual seperti pandangan anatomi dan fisiologis dari sistem reproduksi (seksual) kemampuan organ seks, dan adanya hormonal serta sistem sarap yang berfungsi atau berhubungan dengan kebutuhan seksual.
- 2) *Aspek psikologis*: aspek ini merupakan pandangan terhadap indentitas jenis kelamin sebuah perasaan dari diri terhadap kesadaran identitasnya serta memandang gambaran seksual atau bentuk konsep diri yang lain. Misalnya kalau perempuan, merasa tertarik dengan laki-laki, akan berhias mempercantik diri bila bertemu laki-laki, demikian pula sebaliknya.
- 3) *Aspek sosial budaya* merupakan pandangan budaya atau keyakinan yang berlaku di masyarakat terhadap keutuhan seksual serta perilakunya di masyarakat. Misalnya perempuan sebelumnya menikah harus perawan. Di pedesaan perempuan umur 20 tahun belum menikah dikatakan perawan tua atau tidak laku, dan sebagainya.
- 4) *Aspek Moral* Yang termasuk dalam aspek moral adalah menjawab pertanyaan tentang benar atau salah, harus atau tidak harus serta boleh atau tidak boleh suatu perilaku seseorang.

b. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kebutuhan Seksual

- 1) Tidak adanya panutan (role mode).
- 2) Gangguan struktural dan fungsi tubuh, seperti adanya teruma, obat, kehamilan atau abnormalitas anatomi genitalia.

- 3) Kurang pengetahuan atau informasi yang salah mengenai masalah seksual.
 - 4) Penganiayaan secara fisik.
 - 5) Adanya penyimpangan psikoseksual.
 - 6) Konflik terhadap nilai.
 - 7) Kehilangan pasangan karena perpisahan atau kematian
- c. Mekanisme koping yang mungkin digunakan klien untuk mengekspresikan masalah seksualnya, antara lain:
- 1) *Fantasi*, mungkin digunakan untuk meningkatkan kepuasan seksual dengan berhayal berhubungan dengan artis favorit misalnya.
 - 2) *Denial*, mungkin digunakan untuk tidak mengakui adanya konflik atau ketidakpuasan seksual.
 - 3) *Rasionalisasi*, mungkin digunakan untuk memperoleh pembenaran atau penerimaan tentang motif, perilaku, perasaan dan dorongan seksual.
 - 4) *Menarik Diri*, mungkin dilakukan untuk mengatasi perasaan lemah, perasaan ambivalensi terhadap hubungan intim yang belum terselesaikan secara tuntas.
- d. Bentuk - Bentuk Perilaku Seksual

Menurut (Khairunisa, 2013) mengatakan bahwa bentuk perilaku seksual mengalami peningkatan secara bertahap. Bentuk-bentuk perilaku seksual meliputi:

1) Berpegangan Tangan

Berpegangan tangan tidak terlalu menimbulkan rangsangan seks yang kuat. Namun biasanya muncul keinginan untuk mencoba aktivitas seksual lainnya.

2) Ciuman Kering

Ciuman kering adalah aktivitas seksual berupa sentuhan pipi dengan bibir. Dampaknya adalah dapat menimbulkan imajinasi atau fantasi yang disertai dengan meningkatnya keinginan untuk melakukan aktivitas seksual lain.

3) Ciuman Basah

Ciuman basah adalah aktivitas seksual yang berupa sentuhan bibir. Ciuman basah dapat menimbulkan sensasi seksual yang kuat mengakibatkan dorongan seksual yang tak terkendali.

4) Berpelukan

Berpelukan dapat menimbulkan perasaan tegang, aman dan nyaman disertai dengan rangsangan seksual terutama bila mengenai daerah sensitif.

5) Berfantasi dan Berimajinasi

Berfantasi atau berimajinasi adalah salah satu bentuk membayangkan aktivitas seksual yang bertujuan untuk menimbulkan perasaan erotisme.

6) Meraba

Meraba merupakan aktivitas meraba bagian - bagian sensitif rangsangan seksual, seperti payudara, leher, paha atas, vagina, penis dan lain-lain. Aktivitas meraba dapat melemahkan kontrol diri sehingga dapat berlanjut ke aktivitas seksual lainnya seperti petting atau senggama.

7) Masturbasi

Masturbasi adalah suatu usaha merangsang bagian tubuh sendiri dengan tujuan mencapai kepuasan seksual. Pada laki-laki biasanya merangsang alat genital, sedang pada perempuan lebih beragam biasanya dengan merangsang alat genital, payudara atau tubuh yang lainnya.

8) Petting

Istilah petting secara tradisional digunakan untuk menggambarkan usaha merangsang bagian tubuh tertentu yang saling dilakukan oleh pasangan, namun tidak sampai pada hubungan seksual. Aktivitas yang termasuk di dalamnya adalah ciuman bibir, rangsangan payudara, rangsangan alat genital manual.

9) Oral seks

Oral seks adalah masuknya penis ke mulut yang kemudian memberikan rangsangan sehingga mencapai orgasme.

3. Etika dan Kebutuhan Seksual

Menurut (Amelia, 2013) etika secara umum adalah aturan, norma, kaidah, ataupun tata cara yang biasa digunakan sebagai pedoman atau asas suatu individu dalam melakukan perbuatan dan tingkah laku. Penerapan norma ini sangat erat kaitannya dengan sifat baik dan buruknya individu di dalam bermasyarakat.

Etika adalah ilmu yang mempelajari baik dan buruknya serta kewajiban, hak, dan tanggung jawab, baik itu secara sosial maupun moral, pada setiap individu di dalam kehidupan bermasyarakatnya. Atau bisa dikatakan juga bahwa etika mencakup nilai yang berhubungan dengan akhlak individu terkait benar dan salahnya.

Etika akan kebutuhan seksual yang saya maksud di sini adalah, bagaimana individu mampu mengendalikan emosi dan diri terhadap kebutuhan seksualnya dengan menempatkan etika di dalam kebutuhan tersebut. Dengan tujuan agar tidak terkontaminasi pada penyimpangan sosial, hukum maupun agama. Sebab, kebutuhan seksual tanpa dasar etika sudah pasti tidak akan di benarkan oleh lingkungan sosial mana pun. Bahkan bisa di sebut melanggar hukum. Namun, sangat di sayangkan perilaku-perilaku biadab semacam ini masih saja rutin terjadi di berbagai tempat. Tidak tanggung-tanggung di tempat umum sekali pun potensi perilaku pelecehan dan kekerasan seksual akan terjadi. Kekerasan seksual dapat terjadi oleh siapa saja, kapan saja, dan di mana saja, bahkan salah satunya kekerasan seksual dapat terjadi di lingkungan terdekat. Seperti, tempat kerja, kampus, tetangga bahkan orang-orang yang paling dekat dengan kita. Objektivitas dari mayoritas kekerasan seksual tersebut adalah perempuan dan anak-anak.

Rentannya perempuan menjadi korban dalam jeratan pelecehan maupun kekerasan seksual di berbagai kasus. Menurut (PKBI, 2020), Seksualitas adalah sebagai kebutuhan dalam diri manusia sebagai makhluk seksual, haruslah dihayati dan dinikmati dengan menjunjung harkat dan martabat manusia itu sendiri. Harkat dan martabat manusia yang harus menjadi parameter norma moralitas manusia. Jika terjadi penyimpangan seks, bukanlah karena seks itu kotor dan najis tetapi karena manusia yang melakukannya dikuasai dan dikendalikan oleh seksualnya tanpa dasar etika kemanusiaan. Jadi, jelas bahwa seks dan dorongan-dorongan seksual dalam diri manusia adalah berada di bawah kendali etika dan moral, bukan hanya karena alasan kebutuhan fisiologis belaka manusia.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiani, D. A. (2021). *Perilaku Seksual Remaja dan Faktor Detreminannya di SMA Se-Kota Semarang*. Semarang. 2(September), 46-52.
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/srjph/article/view/36279%0A>
- Alvaenatun Hesti. (2020). *LP Harian Kebutuhan Seksual*.
<https://id.scribd.com/document/497715815/lp-harian-kebutuhan-seksual>
- Amelia, N. (2013). *Prinsip Etika Keperawatan*. D-Medika.
- Avriyah, S. (2012). *Tahap Perilaku Seksual pada Mahasiswa Kost. Surakarta, Jawa Tengah, Indonesia*. [UMS].
<http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/20333>
- Khairunisa, A. (2013). *Hubungan Religiusitas Dan Kontrol Diri Dengan Perilaku*. 1(3), 126-131.
- PKBI. (2020). *pengertian seks dan seksualitas*. <https://pkbi-diy.info/pengertianseks-dan-seksualitas>
- Sarwono. (2011). *Pengantar Psikologi Umum*. Pt Raja Grafindo Persada.

BIODATA PENULIS



Ns Suyamto SST., MPH lahir pada 24 Nopember 1969 di Sukoharjo. Menyelesaikan pendidikan D III Keperawatan Patria Husada Surakarta, D IV Undip Sermarang, Profesi Ners Poltekes Kemenkes Surakarta, S2 Universitas Gajah Mada Surakarta. Pernah Bekerja di RS PKU Surakarta di Unit Gawat Darurat selama 2 tahun. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Stikes Notokusumo Yogyakarta Program studi D III Keperawatan Yogyakarta.

BAB 13

Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri

Ns. Hesty, S.Kep., M.Kes

A. Pendahuluan

Setiap manusia pada dasarnya memiliki kebutuhan dalam memenuhi perawatan dirinya dan berhak melakukan perawatan diri secara mandiri, apabila mampu melakukannya sendiri.

Kemampuan perawatan diri (*self care agency*) merupakan kemampuan individu untuk terus mengevaluasi kebutuhan berhubungan dengan kesehatan dan melakukan kegiatan perawatan diri yang bertujuan untuk mempromosikan, menjaga kesehatan dan kesejahteraan.

B. Kebutuhan Perawatan Diri

Perawatan diri adalah kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri. Perawatan diri dapat mengalami gangguan atau hambatan apabila seseorang jatuh pada kondisi sakit, kondisi yang melelahkan (stres fisik dan psikologik) atau mengalami kecacatan.

Defisit perawatan diri terjadi bila agen keperawatan atau orang yang memberikan perawatan diri baik pada diri sendiri atau orang lain tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Seorang perawat dalam melakukan kegiatan ini harus mempunyai pengetahuan tentang asuhan keperawatan sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat bagi klien.

Teori perawatan diri (*self care theory*) berdasarkan Orem terdiri dari :

1. Perawatan diri adalah aktivitas yang dilakukan setiap hari oleh individu dalam memenuhi kebutuhannya untuk

mempertahankan hidup, menjaga kesehatan dan menjejahterahkan diri. Pada seseorang yang mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan perawatan diri, maka memerlukan bantuan orang lain untuk membantu memenuhinya (Aini N, 2018).

2. Kemampuan perawatan diri (*self care agency*) adalah kemampuan kompleks dimiliki oleh individu atau orang-orang dewasa (matur) untuk terlibat melakukan tindakan memenuhi kebutuhan hidupnya dalam mencapai suatu tujuan. Kemampuan perawatan diri mengacu pada kekuatan atau kemampuan untuk terlibat dalam tindakan pemenuhan kebutuhan perawatan diri (*self care*). Kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan hidupnya dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, tingkat perkembangan, sosiokultural, kesehatan.
3. Kebutuhan perawatan diri terapeutik (*therapeutic self care demands*) adalah tindakan perawatan diri secara total yang dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi seluruh kebutuhan perawatan diri individu melalui cara-cara tertentu seperti, pengaturan nilai-nilai terkait dengan keadeguan pemenuhan udara, cairan serta pemenuhan elemen-elemen aktivitas yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (upaya promosi, pencegahan, pemeliharaan dan penyediaan kebutuhan).

Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *self care*:

1. Tindakan atau lakukan untuk orang lain.
2. Memberikan petunjuk dan pengarahan.
3. Memberikan dukungan fisik dan psikologis.
4. Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal.
5. Pendidikan.

Faktor - faktor yang berpengaruh dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri (*self care*) *basic conditioning factor* berdasarkan Orem (2001) yaitu :

1. Usia

Usia merupakan faktor penting dalam mempengaruhi *self care*. Usia yang terus bertambah cenderung memiliki hubungan keterbatasan maupun kerusakan fungsi tubuh lansia. Sehingga memunculkan bertambahnya kebutuhan pemenuhan perawatan diri (*self care*) secara efektif pada usia yang bertambah.

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin memiliki andil dalam mempengaruhi kemampuan perawatan diri. Pada laki - laki cenderung melakukan penyimpangan kesehatan terutama dalam pengontrolan diri terkait dengan berat badan dan gaya hidup kurang sehat seperti merokok. Wanita lebih terjaga kesehatannya karena jarang ditemui merokok.

3. Status Perkembangan

Menurut Orem (2001) status perkembangan meliputi tingkat fisik, seseorang, fungsional, perkembangan kognitif dan tingkat psikososial. Individu dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri (*self care*) juga di pengaruhi oleh tahap perkembangan. Perawat harus mempertimbangkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan klien, karena di sepanjang kehidupan akan berubah kognitif dan perilaku seseorang.

4. Status Kesehatan

Status kesehatan sangat penting mempengaruhi lansia dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri yang berhubungan dengan diagnosis medis, gambaran kondisi klien serta komplikasi. Status kesehatan menurut orem antara lain status kesehatan saat ini, status kesehatan dahulu serta presepsi individu terkait kesehatannya.

5. Sosiokultural
System yang bsalin berkaitan antara lingkungan sosial. Keyakinan spiritual dan fungsi keluarga.
6. Sistem Pelayanan Kesehatan
Pelayanan kesehatan memiliki andil peran dalam mempertahankan kesehatan, megobati keluhan yang dialami lansia serta mediagnostik suatu penyakit.
7. Sistem Keluarga
Sistem keluarga memiliki peran dan hubungan terkait memenuhi kebutuhan lansia sesuai dengan peraturan, tipe dan budaya keluarga masing - masing.
8. Pola Hidup
Pola hidup merupakan aktivitas yang sering silakukan individu secara berulang - ulang setiap hari.
9. Lingkungan
Lingkungan merupakan tempat individu dalam melakukan aktivitas pemenuhan kebutuhan dirinya baik lingkungan rumah maupun yang bertempat di panti werdha.
10. Ketersediaan Sumber
Ketersediaan sumber terkait dengan ekonomi, personal, kemampuan dan waktu dalam memdukung perawatan atau proses penyembuhan klien.

Self care adalah performance atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk prilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika *self care* dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia.

Model Orem's menyebutkan ada beberapa kebutuhan *self care* atau yang disebut sebagai *self care requisite*, yaitu

1. Kebutuhan perawatan diri universal (*Unioversal self care requisite*) Hal yang umum bagi seluruh manusia meliputi pemenuhan kebutuhan yaitu

- a. Pemenuhan kebutuhan udara, pemenuhan kebutuhan udara menurut Orem yaitu bernapas tanpa menggunakan peralatan oksigen.
- b. Pemenuhan kebutuhan air atau minum tanpa adanya gangguan, menurut Orem kebutuhan air sesuai kebutuhan individu masing-masing atau 6-8 gelas air/hari.
- c. Pemenuhan kebutuhan makanan tanpa gangguan, seperti dapat mengambil makanan atau peralatan makanan tanpa bantuan.
- d. Pemenuhan kebutuhan eliminasi dan kebersihan permukaan tubuh atau bagian bagian tubuh. Penyediaan perawatan yang terkait dengan proses eliminasi, seperti kemampuan individu dalam eliminasi membutuhkan bantuan atau melakukan secara mandiri seperti BAK dan BAB. Menyediakan peralatan kebersihan diri dan dapat melakukan tanpa gangguan.
- e. Pemenuhan kebutuhan akifitas dan istirahat.
- f. Kebutuhan aktivitas untuk menjaga keseimbangan gerakan fisik seperti berolah raga dan menjaga pola tidur atau istirahat, memahami gejala-gejala yang mengganggu intensitas tidur. Menggunakan kemampuan diri sendiri dan nilai serta norma saat istirahat maupun beraktivitas.
- g. Pemenuhan kebutuhan menyendiri dan interaksi sosial. Menjalin hubungan atau berinteraksi dengan teman sebaya atau saudara serta mampu beradaptasi dengan lingkungan.
- h. Pemenuhan pencegahan dari bahaya pada kehidupan manusia. Bahaya yang dimaksud berdasarkan Orem adalah mengerti jenis bahaya yang membahayakan diri sendiri, mengambil tindakan untuk mencegah bahaya dan melindungi diri sendiri dari situasi yang berbahaya.

- i. Peningkatan perkembangan dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi, keterbatasan dan keinginan manusia pada umumnya. Hal-hal ini dapat mempengaruhi kondisi tubuh yang dapat mempertahankan fungsi dan struktur tubuh manusia dan mendukung untuk pertumbuhan serta perkembangan manusia.
2. Kebutuhan Perkembangan Perawatan Diri (*Development self care requisite*)
 Kebutuhan yang dihubungkan pada proses perkembangan dapat dipengaruhi oleh kondisi dan kejadian tertentu sehingga dapat berupa tahapan-tahapan yang berbeda pada setiap individu, seperti perubahan kondisi tubuh dan status sosial. Tahap perkembangan diri sesuai tahap perkembangan yang dapat terjadi pada manusia adalah :
 - a. Penyediaan kondisi-kondisi yang mendukung proses perkembangan. Memfasilitasi individu dalam tahap perkembangan seperti sekolah.
 - b. Keterlibatan dalam pengembangan diri.
 - c. Mengikuti kegiatan-kegiatan yang mendukung perkembangannya.
 - d. Pencegahan terhadap gangguan yang mengancam.
 Beberapa hal yang dapat mengganggu kebutuhan perkembangan perawatan diri pada anak menurut Orem yaitu :
 - a. Kurangnya pendidikan anak usia sekolah.
 - b. Masalah adaptasi sosial.
 - c. Kegagalan individu untuk sehat.
 - d. Kehilangan orang-orang terdekat seperti orang tua, saudara dan teman.
 - e. Perubahan mendadak dari tempat tinggal ke lingkungan yang asing.
 - f. Kesehatan yang buruk atau cacat.
 3. Kebutuhan Perawatan Diri Pada Kondisi Adanya Penyimpangan Kesehatan (*Health Deviation Self Care Requisite*)

Kebutuhan ini dikaitkan dengan penyimpangan dalam aspek struktur dan fungsi manusia. Seseorang yang sakit, terluka mengalami kondisi patologis tertentu, kecacatan atau ketidakmampuan seseorang atau seseorang yang menjalani pengobatan tetap membutuhkan perawatan diri. Adapun kebutuhan perawatan diri pada kondisi penyimpangan kesehatan atau perubahan kesehatan antara lain :

- a. Pencarian bantuan kesehatan.
- b. Kesadaran akan resiko munculnya masalah akibat pengobatan atau perawatan yang dijalani.
- c. Melakukan diagnostik, terapi, dan rehabilitatif, memahami efek buruk dari perawatan.
- d. Adanya modifikasi gambaran atau konsep diri.
- e. Penyesuaian gaya hidup yang dapat mendukung perubahan status kesehatan.

Menurut WHO (Organisasi Kesehatan Dunia), *self care* mencakup segala segala sesuatu yang berkaitan dengan sehat secara fisik, termasuk kebersihan, nutrisi, dan mencari perawatan medis bila diperlukan. Dengan hal ini, seseorang dapat memastikan diri dalam merawat tubuh, pikiran, dan jiwa dengan baik setiap harinya, tidak hanya ketika jatuh sakit.

Orang-orang yang bisa menerapkan perawatan ini dapat membantu mereka untuk tetap hidup sehat, bahagia, dan tangguh dalam menghadapi berbagai masalah. Inilah alasannya kenapa perawatan diri itu penting dalam kehidupan.

Sayangnya, menerapkan perawatan semacam ini tidak selalu mudah. Kebanyakan dari kita, sibuk dengan pekerjaan yang membuat stres, sibuk dengan canggihnya teknologi yang membuat Anda menarik diri dari lingkungan, atau tertarik dengan segala bentuk aktivitas atau kebiasaan yang memperburuk kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, M. N. (2021). Pengaruh self efficacy dan motivasi berwirausaha terhadap minat berwirausaha siswa melalui media sosial instagram di SMK PGRI 1 Tulungagung. In *SKRIPSI Mahasiswa UM*.
- Berbiglia, V. A. (2011). The self-care deficit nursing theory as a curriculum conceptual framework in baccalaureate education. *Nursing Science Quarterly*. <https://doi.org/10.1177/0894318411399452>
- Hajira Irshad Ali, B. (2018). Application of Orem Self Care Deficit Theory on Psychiatric Patient. *Ann Nurs Pract*.
- Khademian, Z., Kazemi Ara, F., & Gholamzadeh, S. (2020). The effect of self care education based on orem's nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: A quasi-experimental study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.81690.0>
- Laferriere, R. H. (1995). Orem's theory in practice. Hospice nursing care. *Home Healthcare Nurse*. <https://doi.org/10.1097/00004045-199509000-00007>
- Orem, D. (2010). Response to: Lauder W. (2001) The Utility of self-care theory as a theoretical basis for self-neglect. *Journal of Advanced Nursing*.
- Patricia Cabrera-Sosoranga, K., Cristina Mesa-Cano, I., Alexis Ramírez-Coronel, A., & Cano Isabel Cristina, M. (2021). Self-Care in the Prevention of Diabetic Peripheral Neuropathy: A Systematic Review. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. D. S., & Filho, A. J. de A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referencia*. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

BIODATA PENULIS



Ns. Hesty, S.Kep., M.Kes lahir di Jambi, pada 29 Desember 1975. Menyelesaikan pendidikan S1 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Baiturrahim Jambi, S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Kader Bangsa Palembang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Baiturrahim Jambi.

BAB 14

Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyeri

Ns. Dasuki, M.Kep

A. Pendahuluan

Nyeri biasanya menjadi keluhan utama yang menjadi alasan seseorang ke pelayanan kesehatan. Nyeri secara umum, namun tidak eksklusif, merupakan sensasi tidak menyenangkan yang disebabkan oleh cedera pada tubuh. Nyeri akibat kerusakan jaringan dan saraf dapat melepaskan berbagai mediator seperti K⁺, H⁺, ATP, bradikinin, prostaglandin serotonin, histamin, dan sitokin, substansi P sehingga nyeri merupakan sumber racun dalam tubuh (Suryono S, 2017).

Nyeri juga bertindak sebagai mekanisme pertahanan tubuh dengan mengingatkan otak akan jaringan yang mungkin berisiko. Bagi manusia, nyeri sebenarnya merupakan sinyal adanya kerusakan pada tubuh (Hadjam, 2011).

B. Konsep Rasa Aman dan Nyeri

1. Pengertian rasa aman dan nyeri

Perasaan aman diartikan sebagai kebutuhan yang mendorong individu untuk mencapai kedamaian, keamanan, dan ketertiban di lingkungan tempat tinggalnya. Keselamatan adalah keadaan bebas dari bahaya fisik dan psikologis (Potter & Perry, 2006).

Menurut International Association for the Study of Pain (IASP) (2015) nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang dikaitkan dengan kerusakan jaringan atau rangsangan yang berpeluang menyebabkan kerusakan jaringan. Konsep yang diawal menyatakan bahwa proses nyeri (pemrosesan nyeri) hanya bergantung jalur nyeri, dan

kekuatan nyeri yang dihasilkan hanya dipengaruhi oleh besar kecilnya rangsangan yang diterima.

2. Penyebab nyeri

Adapun penyebab nyeri sebagai berikut:

Tabel 1. Penyebab Nyeri

Nyeri akut	Nyeri kronik
<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis seperti: infamasi, neoplasma, iskemia) 2. Agen pencedera dari kimiawi seperti: akibat terbakar, bahan kimia) 3. Agen pencedera fisik seperti akibat terbakar, mengalami trauma, terpotong, abses, tindakan prosedur operasi, amputasi, kegiatan latihan fisik berlebihan, mengangkat beban berat) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan sistem saraf 2. Adanya Ketidakseimbangan neuromodulator, neurotransmitter, dan reseptor 3. Riwayat pernah mengalami penganiayaan seperti pada fisik, psikologis dan seksual) 4. Gangguan imunitas seperti neuropati, virus varicella-zoster) 5. Indeks Masa Tubuh (IMT) mengalami peningkatan 6. Terjadinya Infiltrasi tumor 7. Saraf mengalami penekanan 8. Fungsi metabolik mengalami Gangguan 9. Emosional mengalami tekanan 10. Muskuloskeletal mengalami gangguan kronis 11. Riwayat penyalahgunaan obat/zat 12. Riwayat kerja dalam kondisi statis 13. Kondisi akibat setelah terjadi trauma

(Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

3. Mekanisme nyeri

Terdapat lima proses elektrofisiologi yang berbeda antara rangsangan dan persepsi nyeri, diawali dari proses

modulasi, konduksi, persepsi dan transmisi. Semua tahapan proses ini disebut nosisepsi (Perry & Potter, 2009).

Proses terjadinya nyeri akut akibat proses sepsis nosiseptif adalah:

- a. Transduksi merupakan proses pengubahan stimulus yang kuat menjadi aktivitas listrik yang biasa yang sering di kenal dengan potensial aksi. Ketika kerusakan jaringan menyebabkan nyeri akut, zat kimia yaitu prostaglandin, serotonin, bradikinin, substansi P, dan histamin dilepaskan. Bahan kimia ini membuat peka dan bisa mengaktifkan nosiseptor, menghasilkan impuls listrik (potensial aksi). Konversi bahan kimia menjadi potensial aksi disebut proses konversi.
- b. Konduksi merupakan suatu proses perambatan dan penguatan potensial aksi, atau impuls listrik, dari nosiseptor ke tanduk dorsal sumsum tulang belakang di daerah tulang belakang.
- c. Modulasi merupakan suatu proses menekan impuls listrik yang masuk ke tanduk punggung. Proses ini terjadi secara spontan dan kekuatannya berbeda-beda pada setiap orang (dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan, kepercayaan, dan budaya). Tergantung pada kekuatan modulasi ini, persepsi setiap orang terhadap nyeri terhadap stimulus yang sama berbeda-beda.
- d. Transmisi adalah proses penyampaian impuls listrik dari neuron pertama kornu dorsal tulang belakang ke neuron kedua, kemudian naik melalui traktus spinotalamikus ke talamus dan otak tengah. Terakhir, impuls dari thalamus mengirimkan pesan nosiseptif ke korteks somatosensori dan sistem limbik.
- e. Persepsi adalah proses yang terjadi sangat kompleks yang masih belum sepenuhnya dipahami. Namun, persepsi nyeri merupakan pengalaman sadar yang dihasilkan dari kombinasi aktivitas sensorik di korteks somatosensori dan aktivitas emosional di sistem limbik, dan pada akhirnya dikenal sebagai “persepsi nyeri”.

Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan” (Perry dan Potter, 2009).

4. Pengkajian nyeri

Pengkajian intensitas nyeri bisa dilakukan sebagai berikut:

Tabel 2. Pengkajian nyeri

P: <i>Provokes /palliates</i>	Apakah penyebab gejala muncul? Keadaan yang sebagai pemicu perubahan keluhan?
Q: <i>Quality</i>	Seperti apa karakteristik rasa nyeri yang muncul? Misalnya seperti diiris, ditekan, tajam, ditusuk tusuk, ada rasa terbakar, kram, diremas berdenyut-denyut, kolik? (silahkan pasien untuk menyampaikan apa yang dirasakan)
R: <i>Radiates</i>	Nyeri apakah menyebar? lokasi penyebaran? keluhan nyeri bersifat terlokalisasi di satu lokasi atau menjalar?
S: <i>Severity</i>	Keparahan yang dirasakan (intensitas nyeri skala berapa)? (1-10)
T: <i>Time</i>	Waktu nyeri mulai timbul? seberapa sering gejala muncul? Nyeri apakah terjadi secara bertahap atau tiba-tiba?

(Sumber: Andarmoyo, S (2013)

5. Skala nyeri

Pengukuran skala nyeri bisa diukur dengan menggunakan skala nyeri sebagai berikut:

a. *Visual Analog Scale* (VAS)

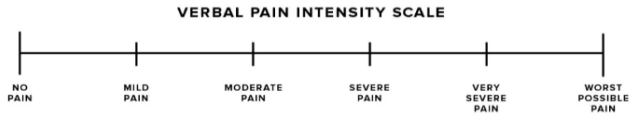
VAS merupakan metode yang sering digunakan untuk penilaian nyeri. Skala garis lurus ini secara visual mewakili tahapan tingkatan nyeri yang bisa dialami pasien.



Gambar 2. Skala nyeri visual analog

b. *Verbal Rating Scale (VRS)*

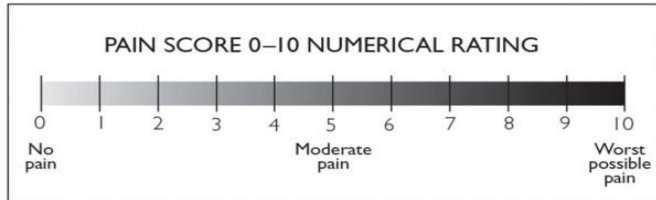
Skala VRS menggambarkan skala nyeri dengan kata-kata untuk menggambarkan keluhan nyeri yang dirasakan. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri.



Gambar 3. *Verbal Rating Scale*

c. *Numerical Rating Scale (NRS)*

Skala ini digunakan menjadi pilihan lain alat penulisan kata. Pasien menyatakan nyeri dengan rentang skala 0 sampai 10. Angka terendah 0 berarti tidak ada nyeri dan angka tertinggi 10 berarti nyeri paling berat. Skala Penilaian Numerik (NRS) mirip dengan Skala Analog Visual, namun dengan angka di sepanjang garis.



Gambar 4. penilaian skala nyeri numerik

d. *Wong Baker Pain Rating Scale*

Penilaian skala nyeri pada pasien usia dewasa dan pada anak >3 tahun yang belum bisa menggambarkan kekuatan nyerinya dengan menyebutkan angka.



Gambar 5. *Wong Baker Pain Rating Scale*

6. Terapi Nyeri

Pengobatan nyeri yang bersifat akut dan kronis membutuhkan pendekatan terapeutik yang tidak sama. Untuk nyeri akut, Anda memerlukan obat-obatan untuk meredakan nyeri dengan cepat. Pasien dapat mentoleransi efek samping obat lebih baik dibandingkan rasa sakitnya. Pada pasien nyeri kronis, pasien tidak dapat mentoleransi efek samping obat (Levine, 2004).

7. Diagnosis Keperawatan Nyeri

Diagnosis keperawatan nyeri terlihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2. Diagnosis Nyeri

Nyeri Akut	
Kategori : Psikologis	
Subkategori : Nyeri dan Kemanan	
Pengkajian Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	a. Pasien kelihatan meringgis b. Bersikap tanpak protektif misalnya (posisi berusaha meghindari nyeri) c. Gelisah d. Frekwensi nadi meningkat e. Gangguan tidur
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	a. Meningkatnya tekanan darah b. Perubah pola nafas c. Perubah nafsu makan d. Gangguan Proses berfikir e. Menarik diri f. Berorientasi pada diri sendiri g. Diaforesis (berkeringat berlebihan)

(Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

8. Intervensi Keperawatan

a. Nyeri akut

Intervensi keperawatan nyeri akut yaitu:

Tabel 1. Intervensi Keperawatan Nyeri Akut

Manajemen nyeri	Observasi	<ul style="list-style-type: none">a. Identifikasi pada pasien lokasi, karakteristik, lamanya, frekuensi, kualitas dan intensitas nyerib. Identifikasi skala nyeric. Identifikasi skala nyeri non verbald. Identifikasi faktor yang menyebabkan nyeri hebat dan menurunkan nyerie. Identifikasi pengetahuan yang dimiliki dan keyakinan tentang nyerif. Identifikasi dampak nyeri terhadap kualitas hidupg. Monitor efek samping dari analgetik yang di berikan
	Terapeutik	<ul style="list-style-type: none">a. Berikan terapi non farmakologi untuk menurunkan nyerib. Control kondisi sekitar yang memperberat nyeric. Fasilitasi istirahat dan tidurd. Pertimbangkan sumber nyeri dan jenis dalam menentukan cara meredakan nyeri
	Edukasi	<ul style="list-style-type: none">a. Jelaskan periode dan pemicu nyerib. Jelaskan cara menurunkan nyeri

		c. Ajarkan tindakan non farmakologi meredakan nyeri
	Kolaborasi	Kolaborasi dalam pemberian analgetik jika perlu

(Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

9. Terapi komplementer untuk nyeri

Mengurangi rasa sakit pada seseorang bisa dilakukan dengan cara terapi komplementer. Metode ini mengalihkan perhatian dari rasa sakit, meredakan ketegangan otot yang berhubungan dengan rasa sakit, dan memungkinkan anda untuk rileks.

Ada beberapa jenis terapi komplementer untuk nyeri yang bisa dilakukan yaitu:

a. Relaksasi

Prosedur Relaksasi dapat berupa melakukan pernafasan secara dalam dengan cara menarik dan membuang nafas yang dilakukan dengan teratur. Tindakan ini dapat merilekskan otot yang sehingga penurunan nyeri. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nuryanti, E (2020) juga menyatakan bahwa ada pengaruh tehnik relaksasi dengan penurunan nyeri epigastrium pada pasien gastritis. Penelitian Hutahean, S (2019) menyatakan tehnik relaksasi juga bisa menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi.

b. Distraksi

Distraksi Konsentrasi pasien teralihkan dan tidak menyadari sensasi nyeri. Orang yang mengabaikan rasa sakit tidak terlalu gelisah dan lebih toleran terhadap rasa sakit. Hasil penelitian Fadli (2017) menyatakan bahwa distraksi akustik berpengaruh terhadap intensitas nyeri pada pasien patah tulang.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiri, P, dkk (2019) The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial. BMC Pregnancy and Childbirth. number: 534
- Andarmoyo, Sulisty (2013). Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Fadli, F. (2017). Pengaruh distraksi pendengaran terhadap intensitas nyeri pada klien fraktur di rumah sakit Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 11, 135-138.
- Hutahean,S.,Febriani,H.,Apifah,L.(2019). Penerapan Prosedur Relaksasi Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Laparatomi DIRSUD Koja Jakarta Utara.jurnal akademi keperawatan karya husada (JAKHKJ).5(1) :44-48.
- IASP Pain Terminolog (on line).2015 (2015 February 8): available from:http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=General_Resource_Links&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3058,American Society of Clinical Oncology (2017). Managing Cancer-Related Pain: A Guide for Patients, Families, and Caregivers.
- Levine R.S (2004). *Pain Management: Primary Oral Medications*, Medical Progress
- M. Noor Rochman Hadjam. (2011). Psikologi dan Manajemen Rasa Sakit-Nyeri. Kumpulan Jurnal dalam Konferensi Nasional Psikologi Kesehatan
- Nurhayati, E, dkk (2020). Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Penurunan Nyeri Epigastrium Pada Pasien Gastritis. *Jurnal Studi Keperawatan*. Vol 1, No 1
- Suryono S (2017). Buku Ajar Nyeri, Perkumpulan nyeri Indonesia, Novartis
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

BIODATA PENULIS



Ns Dasuki, M. Kep lahir di Bantan Air, pada 04 Oktober 1985. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Keperawatan Universitas Mutiara Indonesia dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan STIKES Harapan Ibu Jambi.

BAB 15 | Pemenuhan Menjelang Ajal

Dewi Astuti Sudijanto, S. Kep., Ns., M. Kep.

A. Pendahuluan

Perawatan total yang dilakukan secara aktif terutama pada klien yang menderita penyakit yang membatasi hidup, dimana klien tersebut sudah tidak dapat berespon terhadap pengobatan atau klien yang mendapat tindakan intervensi untuk memperpanjang masa hidup saat ini banyak kita jumpai. Perawatan tersebut lebih dikenal dengan istilah perawatan paliatif yang dilakukan oleh tim multidisiplin.

Berjumpa dengan pasien atau klien karena menderita sakit yang tidak dapat disembuhkan (terminal illness), merupakan suatu hal yang umum bagi perawat yang merawat pasien atau klien paliatif ataupun klien dengan usia lanjut. Meskipun merupakan suatu hal yang umum, akan tetapi dalam menangani orang yang sedang menjelang ajal (dying) bukanlah hal yang mudah.

Perawat sebagai tenaga kesehatan profesional mempunyai kesempatan paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Ketika perawat sebagai pemberi asuhan tidak diizinkan melakukan usaha dalam pengobatan atau tindakan menyelamatkan hidup, maka perawat harus fokus pada tujuan utama perawatan. Perawat dihadapkan pada situasi yang melibatkan kematian sehingga dituntut untuk memperlakukan orang yang akan meninggal secara bermartabat. Perlakuan dan penanganan yang salah dapat berpengaruh secara emosional bagi orang yang ditinggalkan.

Membantu klien dalam memberikan asuhan keperawatan menjelang ajal untuk meraih kembali martabatnya dapat menjadi penghargaan terbesar bagi perawat. Perawat dapat menjadi pendengar dan berbagi penderitaan klien menjelang ajal dan mengintervensi dengan cara meningkatkan kualitas hidup klien. Sikap empati dan penuh perhatian adalah modal utama perawat dalam memberikan asuhan bagi klien menjelang ajal.

B. Konsep Pemenuhan Menjelang Ajal

1. Pengertian

Kematian adalah kejadian alami dan merupakan fenomena yang setiap manusia akan hadapi. Kematian adalah suatu kejadian yang membutuhkan pendekatan khusus dalam intervensinya. Menjelang ajal adalah proses ketika individu semakin mendekati akhir hayatnya (proses kematian). Kondisi ini biasanya disebabkan oleh sakit kronis atau sakit terminal (*terminal illness*) ataupun oleh kondisi lain yang menyebabkan kematian. Perawat berperan aktif dalam perawatan terhadap klien dengan kebutuhan khusus menjelang ajal.

Asuhan keperawatan dalam proses menjelang ajal merupakan kompetensi dalam perawatan paliatif. Keperawatan paliatif menawarkan peningkatan kualitas hidup klien dan keluarga dalam menghadapi kondisi yang mengancam kehidupan sampai proses kematian melalui pendekatan psikososial, kultural dan spiritual. Keperawatan menjelang ajal merupakan konsep perawatan paliatif.

2. Fase-Fase Kehilangan

Setiap fase yang dialami klien menjelang ajal mempunyai karakteristik yang berbeda-beda, sehingga perawat juga memberikan respon yang berbeda. Perawat harus memperhatikan klien tersebut berada di fase mana. Terdapat 5 fase dalam berduka atau yang dikenal dengan *five stages of grief*. Kelima fase itu meliputi :

a. *Denial* (Penolakan)

Pada fase ini klien tidak siap menerima keadaan yang sebenarnya terjadi. Klien disadarkan bahwa dia akan meninggal dan dia tidak menerima informasi ini sebagai suatu kebenaran akan tetapi ada penolakan atau mengingkarinya.

Pertimbangan dalam perawatan :

Memberikan kesempatan kepada klien untuk mempergunakan caranya sendiri dalam menghadapi ajal sejauh tidak merusak serta memfasilitasi klien dalam menghadapi ajal. Luangkan waktu dengan klien untuk bercerita atau sekedar bersamanya.

b. *Anger* (Marah)

Fase ketika klien tidak dapat mengingkari kenyataan bahwa dia akan meninggal. Kemarahan dapat diekspresikan kepada objek-objek yang dekat dengan klien.

Pertimbangan dalam perawatan :

Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan kemarahannya.

c. *Bargaining* (Tawar-menawar)

Fase ketika klien mencoba menawar waktu untuk hidup. Pada fase ini kemarahan biasanya mereda dan menimbulkan kesan klien sudah dapat menerima apa yang terjadi dengan dirinya.

Pertimbangan dalam perawatan :

Memberikan kesempatan kepada klien untuk menghadapi ajal dengan tawar-menawar serta tanyakan kepentingan yang masih klien inginkan. Cara ini dapat menunjukkan kemampuan perawat dalam mendengarkan ungkapan perasaan klien.

d. *Depression* (Depresi)

Fase dimana klien dengan kesadaran penuh dia menyadari akan segera meninggal. Kesedihan yang hebat karena memikirkan bahwa dia tidak lama lagi bersama dengan keluarga ataupun sahabatnya. Selama

fase ini, klien lebih cenderung diam, tidak banyak bicara dan bahkan mungkin banyak menangis. Pada situasi ini tugas perawat untuk duduk tenang di samping klien yang sedang melalui masa sedihnya sebelum meninggal.

Pertimbangan dalam perawatan :

Jangan mencoba menyenangkan klien. Jangan takut menyaksikan klien atau keluarganya menangis. Hal ini merupakan ungkapan kesedihannya. Biasanya klien menanyakan sesuatu yang sebenarnya dia sudah tahu jawabannya, yaitu tentang kematiannya.

e. *Acceptance* (Penerimaan)

Ini adalah fase akhir dimana klien memahami dan menerima kenyataan bahwa dia akan meninggal. Klien akan berusaha keras untuk menyelesaikan tugas-tugas yang belum terselesaikan. Pada fase ini terjadi proses penerimaan secara sadar oleh klien dan keluarga tentang kondisi yang akan terjadi yaitu kematian. Fase ini akan sangat dapat membantu apabila klien dapat menyatakan perasaannya atau rencana-rencana terbaik bagi dirinya saat menjelang ajal.

Pertimbangan dalam perawatan :

Meluangkan waktu untuk klien. Sikap keluarga akan berbeda dengan sikap klien, oleh karena itu luangkan waktu untuk diskusi. Dengan memberikan kesempatan kepada klien untuk mengarahkan perhatian sebanyak mungkin, dapat memberi ketenangan dan perasaan aman serta damai.

3. Indikator Pemenuhan Menjelang Ajal

Ada beberapa indikator yang dapat digunakan sebagai pedoman perawat dalam memberikan perawatan akhir kehidupan yang damai pada klien. Indikator tersebut dapat dilihat dari 3 sudut pandang, yaitu dari sudut pandang klien, klien dan keluarga, serta sudut pandang keluarga. Dari sudut pandang klien dapat dilihat apakah klien tidak memiliki rasa sakit, mual atau haus. Serta klien

memiliki pengalaman kenyamanan optimal, kedamaian dan tidak meninggal dengan perasaan sendirian atau kesepian.

Ada 5 (lima) indikator yang dapat digunakan dalam pemenuhan perawatan menjelang ajal.

a. Tidak nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan sehubungan dengan kerusakan jaringan secara aktual dan potensial.

b. Pengalaman kenyamanan

Klien mungkin merasa tidak nyaman karena berbagai alasan, sehingga perawat harus memberikan solusi dari ketidaknyamanan itu.

c. Pengalaman martabat dan rasa hormat

Klien sebagai seorang manusia maka selayaknya untuk dihargai dan dihormati, terutama pada klien yang menjelang ajal.

d. Damai

Klien ingin merasakan ketenangan, harmoni, kepuasan dan tidak ingin diganggu oleh kecemasan, kegelisahan, serta ketakutan.

e. Kedekatan dengan orang lain yang signifikan atau orang lain yang peduli

Klien membutuhkan orang yang peduli terhadap kondisinya dan menjadi tempat keluh kesah ketika sakit.

4. Pemenuhan Kebutuhan Menjelang Ajal

Klien menjelang ajal mempunyai kebutuhan yang beragam dalam perawatannya, tidak hanya masalah fisik, namun juga masalah psikologis, spiritual dan dukungan sosial. Keberhasilan perawatan klien menjelang ajal dipengaruhi oleh sikap perawat dalam proses perawatannya. Fokus utama standar perawatan pada klien menjelang ajal adalah kedamaian dan kehidupan yang bermakna di akhir hayat klien.

a. Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis :

1) Kebersihan diri.

Kebersihan dilibatkan untuk mampu melakukan kerbersihan diri sebatas kemampuannya dalam hal kebersihan kulit, rambut, mulut, badan dan sebagainya.

2) Mengontrol rasa sakit.

Beberapa obat untuk mengurangi rasa sakit digunakan pada klien dengan sakit terminal, seperti morphin, heroin, dan seabainya. Pemberian obat ini diberikan sesuai dengan tingkat toleransi nyeri yang dirasakan klien. Obat-obatan lebih baik diberikan secara Intra Vena dibandingkan melalui Intra Muskular atau Subcutan, karena kondisi sistem sirkulasi sudah menurun.

3) Membebaskan jalan nafas.

Untuk klien dengan kesadaran penuh, posisi fowler akan lebih baik dan pengeluaran sekresi lendir perlu dilakukan untuk membebaskan jalan nafas, sedangkan bagi klien yang tida sadar, posisi yang baik adalah posisi sim dengan dipasang drainase dari mulut dan pemberian oksigen.

4) Bergerak.

Apabila kondisinya memungkinkan, klien dapat dibantu untuk bergerak, seperti: turun dari tempat tidur, ganti posisi tidur untuk mencegah decubitus dan dilakukan secara periodik, jika diperlukan dapat digunakan alat untuk menyokong tubuh klien, karena tonus otot sudah menurun.

5) Nutrisi.

Klien seringkali anorexia, nausea karena adanya penurunan peristaltik. Dapat diberikan antiemetik untuk mengurangi nausea dan merangsang nafsu makan serta pemberian makanan tinggi kalori dan protein serta vitamin. Karena terjadi tonus otot yang berkurang, terjadi dysphagia, perawat perlu

menguji reflek menelan klien sebelum diberikan makanan, kalau perlu diberikan makanan cair atau Intra Vena melalui infus.

6) Eliminasi.

Karena adanya penurunan atau kehilangan tonus otot dapat terjadi konstipasi, inkontinen urin dan feses. Obat laxant perlu diberikan untuk mencegah konstipasi. Klien dengan inkontinensia dapat diberikan urinal, pispot secara teratur atau dipasang duk yang diganti setiap saat atau dilakukan kateterisasi. Harus dijaga kebersihan pada daerah sekitar perineum, apabila terjadi lecet, harus diberikan salep.

7) Perubahan sensori.

Klien dengan *dying*, penglihatan menjadi kabur, klien biasanya menolak atau menghadapkan kepala ke arah lampu atau tempat terang. Klien masih dapat mendengar, tetapi tidak dapat atau mampu merespon, perawat dan keluarga harus bicara dengan jelas dan tidak berbisik-bisik.

b. Pemenuhan Kebutuhan Sosial.

Klien dengan *dying* akan ditempatkan di ruang isolasi, dan untuk memenuhi kebutuhan kontak sosialnya, perawat dapat melakukan:

- 1) Menanyakan siapa-siapa saja yang ingin didatangkan untuk bertemu dengan klien dan didiskusikan dengan keluarganya, misalnya: teman-teman dekat, atau anggota keluarga lain.
- 2) Menggali perasaan-perasaan klien sehubungan dengan sakitnya dan perlu diisolasi.
- 3) Menjaga penampilan klien pada saat-saat menerima kunjungan teman-teman terdekatnya, yaitu dengan memberikan klien untuk membersihkan diri dan merapikan diri.
- 4) Meminta saudara atau teman-temannya untuk sering mengunjungi dan mengajak orang lain dan

membawa buku-buku bacaan bagi klien apabila klien mampu membacanya.

- c. Pemenuhan Kebutuhan Spiritual.
 - 1) Menanyakan kepada klien tentang harapan hidupnya dan rencana-rencana klien selanjutnya menjelang kematian.
 - 2) Menanyakan kepada klien untuk mendatangkan pemuka agama dalam hal untuk memenuhi kebutuhan spiritual.
 - 3) Membantu dan mendorong klien untuk melaksanakan kebutuhan spiritual sebatas kemampuannya.

5. Tanda-Tanda Klinis Menjelang Ajal

- a. Kehilangan tonus otot, ditandai :
 - 1) Relaksasi otot wajah (rahang sehingga dagu menjadi turun).
 - 2) Kesulitan dalam berbicara, proses menelan dan hilangnya reflek menelan.
 - 3) Penurunan kegiatan traktus gastrointestinal, ditandai dengan adanya muntah, kembung dan sebagainya.
 - 4) Penurunan kontrol spinkter urunari dan rektal.
 - 5) Gerakan tubuh yang terbatas.
- b. Kelambatan dalam sirkulasi, ditandai :
 - 1) Kemunduran dalam sensasi.
 - 2) Sianotis pada daerah ekstremitas.
 - 3) Kulit dingin, pertama kali pada daerah kaki, kemudian tangan, telinga dan hidung.
- c. Perubahan tanda-tanda vital
 - 1) Nadi lambat dan lemah.
 - 2) Tekanan darah turun.
 - 3) Pernapasan cepat, dangkal dan tidak teratur.
- d. Gangguan sensori
 - 1) Penglihatan kabur
 - 2) Gangguan penciuman dan perabaan

Terdapat variasi pada tingkat kesadaran sebelum kematian, terkadang klien tetap sadar sampai waktu kematian. Fungsi pendengaran merupakan sensori terakhir yang akan hilang sebelum meninggal.

6. Tanda-Tanda Klinis Saat Meninggal

Berikut merupakan tanda-tanda klinis untuk memastikan klien telah meninggal :

- a. Tidak terdengar suara jantung.
- b. Nadi tidak teraba.
- c. Tidak terdengar bunyi napas.
- d. Tidak ada tanda-tanda yang menunjukkan usaha untuk bernapas.
- e. Pupil mengalami dilatasi (melebar) dan tidak berespon terhadap cahaya.
- f. Badan pucat dan seperti lilin.
- g. Badan teraba dingin.
- h. Umumnya mata sedikit terbuka.
- i. Dagu nampak terjatuh dan terbuka.

Setelah seseorang dinyatakan meninggal, maka sebaiknya jangan memindahkan jenazah dengan segera. Beri kesempatan dan menyediakan kondisi yang lebih privasi untuk mendukung keluarga dan kerabat lainnya dalam melakukan sesuatu terhadap jenazah. Merupakan suatu hal yang sangat penting dalam menjaga martabat seseorang yang sudah meninggal yaitu dengan cara memperlakukan dan merawat orang yang sudah meninggal serta orang yang berduka dengan baik sehingga akan memberikan pengaruh yang baik pula terhadap proses berduka pada keluarga yang ditinggalkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Campbell, M. L., 2009. *Nurse to nurse : Palliative Care*. McGraw-Hill Medika
- Hamid, Achir. 2000 . *Aspek Spiritual Dalam Keperawatan*. Jakarta : Widya Medika
- Gallagher, A., Bouso, R. S., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Paganini, M. C., Padilha, K. G. (2015). *Negotiated reorienting: a grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit*. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 794–803.
<http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.003>
- Gillan, P. C., van der Riet, P. J., & Jeong, S. (2014). *End of life care education, past and present: a review of the literature*. *Nurse Education Today*, 34(3), 331–42.
<http://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.009>
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York, United States: Scribner.
- Macleod, R., Vella-Brincat, J., & Macleod, A. . (2012). *The Palliative Care Handbook* (10th ed., pp. 1–155). Wellington: Hospice New Zealand.
- Moore, R. J. (Ed.). (2014). *Handbook of Pain and Palliative Care*. Springer Science+Business Media, LLC.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1651-8> diakses 12 September 2022.
- Yodang, S. Kep., Ns., M. Pall. Cere (2018). *Buku Ajar Keperawatan Paliatif*. Jakarta : Trans Info Media.

BIODATA PENULIS



Dewi Astuti Sudijanto, S. Kep., Ns., M. Kep lahir di Manado, pada 10 Januari 1978. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Manado dan S2 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai ASN di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Dosen Program Studi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Manado.

BAB 16

Pemenuhan Kebutuhan Memiliki dan Dimiliki

Rosyana S, S.Kp., M.Pd

A. Pendahuluan

Abraham Maslow mengemukakan teorinya tentang Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia yang menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan nyaman atau perlindungan, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, serta kebutuhan aktualisasi diri (Potter and Perry, 1997). Setiap individu mempunyai keinginan untuk memenuhi ke lima ke Kebutuhan dasar manusia tersebut. Perlu diketahui bahwa ke lima kebutuhan dasar itu satu sama lainnya saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Setiap manusia akan dapat merasakan adanya kebutuhan dasar dan manusia tersebut akan berusaha untuk segera memenuhinya.

Kebutuhan dasar manusia merupakan suatu keadaan yang di tandai dengan adanya perasaan kekurangan sesuatu atau menginginkan sesuatu yang akan segera diwujudkan dalam bentuk usaha atau melakukan sesuatu tindakan tertentu untuk memenuhinya.

Kebutuhan dasar manusia ini dibutuhkan oleh manusia untuk dapat mempertahankan keseimbangan hidup dalam kebutuhan fisiologis maupun psikologis yang bertujuan untuk dapat mempertahankan kehidupan dan kesehatannya.

Jika kebutuhan dasar fisiologis dan kebutuhan dasar akan rasa aman telah terpenuhi, maka akan muncullah kebutuhan dasar akan cinta, kasih sayang dan rasa memiliki-dimiliki. Dimana kebutuhan-kebutuhan dasar ini merupakan

dorongan untuk dibutuhkan oleh orang lain sehingga ia merasa dianggap sebagai warga komunitas sosialnya setempat.

Bentuk pemenuhan kebutuhan dasar ini dalam bentuk persahabatan, keinginan untuk memiliki pasangan hidup dan atau keinginan memiliki keturunan, kebutuhan untuk dekat pada keluarga dan kebutuhan persna atau antar pribadi seperti kebutuhan bisa memberi dan menerima cinta kasih. Bila kebutuhan cintanya seseorang atau individu sudah relatif terpenuhi sejak masa tkanak-kanak, maka seseorang tersebut tidak akan merasa panik, apabila tertolak cintanya. Orang tersebut akan memiliki perasaan yakin bahwa dirinya akan dapat diterima oleh orang-orang yang memang butuh pada dirinya.

Perasaan atau rasa dimiliki dan memiliki meliputi memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan. serta mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok dan lingkungan sosialnya, Kebutuhan akan rasa cinta dan memiliki (love and belonging needs), ketika kebutuhan fisik akan makan, papan, sandang berikut kebutuhan keamanan telah terpenuhi, maka seseorang beralih kebutuhan berikutnya yakni kebutuhan untuk dicintai dan di sayangi (love and belonging needs) (Bari et al, 2022).

B. Konsep Memiliki Dan Dimiliki

1. Definisi memiliki

Kebutuhan akan cinta seseorang juga menggambarkan suatu emosi seseorang dalam kondisi apapun yang terjadi sekarang dan merupakan dorongan untuk dapat menjalin suatu hubungan yang bermakna dalam kehidupannya.

Hubungan yang dilakukan secara efektif atau hubungan emosional yang terjadi dengan orang lain sedemikian rupa, sehingga dia akan berupaya semaksimal mungkin untuk mendapatkan pemenuhan kebutuhan akan cinta kasih dan perasaan memiliki (Bari et al, 2022).

Perasaan atau rasa memiliki adalah pengalaman emosional yang mendalam dimana seseorang merasa terikat secara emosional dengan sesuatu atau seseorang. Perasaan ini mencakup perasaan atau rasa cinta, kasih sayang, atau keterhubungan yang sangat erat dengan objek atau individu tertentu. Perasaan atau rasa memiliki akan memberikan perasaan atau rasa keamanan, kenyamanan, dan kebahagiaan dimana individu merasakan memiliki tempat yang penting di dalam hati dan pikiran orang lain. Hal ini juga mencerminkan kepemilikan investasi emosional yang kuat di dalam hubungan baik secara interpersonal, maupun keluarga, atau dengan objek lain yang dianggap sangat berharga. Perasaan atau rasa memiliki dapat membangun suatu ikatan yang sangat mendalam dan dapat mempengaruhi perilaku setiap individu dalam melakukan interaksi atau merawat, dan mendukung, serta memprioritaskan hubungan yang dianggap penting dalam kehidupan mereka. (Amalia, 2020)

2. Definisi dimiliki

Perasaan atau rasa dimiliki meliputi menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan. serta mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok dan lingkungan sosialnya.

Perasaan atau rasa dimiliki adalah pengalaman emosional dimana seseorang merasa dihargai, di terima, dan diperhatikan oleh individu lain dalam konteks hubungan interpersonal. Ketika seseorang merasa dimiliki, mereka mempunyai atau mengalami perasaan keterhubungan yang sangat mendalam dan merasakan bahwa keberadaannya dan eksistensinya mereka itu memiliki nilai di dalam pandangan orang lain. Hal ini mencakup perasaan menerima cinta, perhatian, serta adanya dukungan emosional dari orang-orang terdekatnya. Perasaan atau rasa dimiliki itu memainkan

peran penting di dalam membangun perasaan atau rasa percaya diri serta harga diri seseorang dikarenakan mereka merasa adanya pengakuan atau diakui dan mendapatkan penghargaan atau dihargai oleh lingkungan sosial mereka. Perasaan atau asa dimiliki juga dapat memperkuat ikatan antar interpersonal dan dapat mempromosikan kesejahteraan emosional disebabkan karena individu merasakan kalau mereka diterima sepenuhnya oleh lingkungannya atau orang lain. (Wati,2022)

3. Perasaan atau rasa memiliki dan Dimiliki

Perasaan atau rasa memiliki dan dimiliki merupakan dua konsep yang mendasari terjadinya interaksi emosional dalam hubungan antar manusia. Perasaan atau rasa memiliki merupakan cermin pengalaman diri dari pribadi seseorang berkaitan dengan perasaan atau rasa emosi seseorang terhadap sesuatu atau terhadap seseorang, dapat berupa perasaan atau rasa kasih sayang, cinta-kasih, atau adanya kedamaian. Hal ini sangat melibatkan perasaan subjektif yang mendalam pada diri individu dan akan menjadi bagian integral dari identitas dan kebahagiaan individu tersebut. Dilihat dari sisi lain, perasaan atau rasa dimiliki dapat mengacu pada pengalaman saat menjadi objek atau saat menjadi subjek dari perasaan atau rasa emosi orang lain. Jika seseorang yang merasakan dimiliki mungkin akan dapat menerima cinta, perhatian, serta dukungan emosional yang diperoleh dari individu lain, yang mana orang lain tersebut telah memberi mereka perasaan atau rasa keterhubungan dan nilai dalam hubungan interpersonal. Kedua konsep ini tentu saja saling terkait dalam dinamika hubungan manusia, di mana perasaan atau rasa memiliki dan dimiliki memberikan perasaan dasar bagi keintiman, dukungan, dan keterikatan emosional yang kuat antara individu-individu dalam kehidupan sosial mereka (Marpaung, 2022).

4. Hubungan Antara Rasa Memiliki dan Dimiliki

Hubungan antara perasaan atau rasa memiliki dan perasaan atau rasa dimiliki dalam konteks hubungan interpersonal itu sangat saling terkait erat dan sangat mempengaruhi dinamika hubungan secara keseluruhan. Perasaan atau rasa memiliki dan perasaan dimiliki merupakan dua sisi dari mata uang emosional yang berkontribusi pada kualitas hubungan antara individu.

- a. Perasaan atau rasa memiliki (*feeling of ownership*) terjadi ketika seseorang merasakan atau mengalami perasaan tertentu terhadap sesuatu atau individu atau seseorang. Contohnya, dalam hubungan yang romantis, rasa memiliki mencerminkan perasaan cinta, kasih sayang, di dalam keterikatan emosional yang sangat kuat terhadap pasangannya. Perasaan memiliki memberikan kepuasan emosional tersendiri dan memberdayakan individu di dalam merawat dan memperjuangkan hubungan tersebut.
- b. Perasaan atau rasa dimiliki (*feeling of being owned*) mengacu pada pengalaman diri dari individu sebagai objek atau sebagai subjek dari perasaan, atau perhatian, serta dukungan emosional dari orang lain. Hal ini meliputi merasa dihargai, dicintai, atau diperhatikan oleh orang yang penting dalam kehidupan seseorang. Perasaan atau rasa dimiliki memberikan perasaan keamanan dan kenyamanan secara psikologis dimana individu merasa diterima dan diakui oleh orang lain.

Ketika perasaan memiliki dan perasaan dimiliki saling berjalan secara seimbang di dalam hubungan antar, hal ini dapat membangun keintiman dan keterikatan yang sehat antara individu. Seseorang yang merasakan perasaan memiliki secara positif terhadap pasangannya cenderung akan memberikan dukungan, dan perhatian, serta penghargaan secara alami. Dimana disisi lain, individu yang juga merasakan dimiliki secara positif akan

cenderung merasa terhubung dan merasa aman dalam hubungan tersebut. Hubungan yang seimbang antara perasaan memiliki dan perasaan dimiliki akan menciptakan lingkungan emosional yang sangat mendukung dan akan memperkaya dalam kehidupan pasangan atau individu didalam konteks sosial mereka. Kegagalan dalam memenuhi rasa memiliki dan rasa dimiliki akan dapat menghancurkan hubungan emosional dan tidak adanya ramonis didalam kehidupan pasangan tersebut (Mujiadi, 2022).

5. Kegagalan dalam memenuhi rasa memiliki dan rasa dimiliki

Didalam melakukan hubungan interpersonal dapat memiliki dampak yang sangat signifikan terhadap kesejahteraan emosional dan kualitas hubungan seseorang. Pada saat seseorang mengalami ketidakseimbangan atau kekurangan didalam rasa memiliki dan rasa dimiliki, akan dapat mengarah pada berbagai konsekuensi negatif :

- a. Perasaan tidak diterima atau tidak dihargai : Ketika individu tidak merasa memiliki atau dihargai oleh orang lain, ha ini dapat menyebabkan perasaan rendah diri, merasa kesepian, atau akan merasakan kurangnya keterhubungan didalam emosional.
- b. Merasakan ketidakamanan emosional : Kegagalan dalam memenuhi perasaan memiliki dan perasaan dimiliki dapat menghasilkan perasaan ketidakamanan di dalam emosionalnya.
- c. Mengalami gangguan dalam Hubungan : Kekurangan perasaan memiliki dan perasaan dimiliki akan dapat mengganggu dinamika hubungan interpersonal. Ketidakseimbangan ini akan berdampak atau menghasilkan konflik, dan ketegangan, bahkan akan dapat menimbulkan jarak emosional antara individu-individu dalam hubungan tersebut.

- d. Ketergantungan emosional yang berlebihan: Apabila seseorang merasakan kekurangan rasa memiliki, maka mereka kemungkinan akan mencari pengakuan atau validasi dari luar, hal ini akan dapat mengarah pada ketergantungan emosional yang berlebihan terhadap orang lain atau dalam situasi tertentu.
 - e. Perasaan kesepian dan terisolasi: Kegagalan dalam memenuhi perasaan memiliki dan perasaan dimiliki akan dapat menyebabkan perasaan kesepian dan terisolasi. Kemungkinan individu merasa tidak ada yang mengerti atau peduli terhadap mereka, sehingga dapat mengakibatkan penurunan kesejahteraan mental individu dan emosionalnya (Putra, 2023).
- 6. Faktor-Faktor Pendukung Rasa Memiliki dan Dimiliki**
- a. Komunikasi yang terbuka : Komunikasi antar individu yang efektif dan terbuka merupakan faktor kunci dalam membangun rasa memiliki dan rasa dimiliki. Melalui komunikasi yang jujur dan empatik, individu dapat saling berbagi perasaan, pikiran, dan kebutuhan mereka dengan pasangan atau orang yang mereka sayangi.
 - b. Keterlibatan emosional : Rasa memiliki dan rasa dimiliki didukung oleh keterlibatan emosional yang kuat antara individu. Keterlibatan emosional melibatkan investasi yang dalam dalam hubungan, di mana individu secara aktif terlibat dalam memahami, merespons, dan mendukung perasaan dan pengalaman satu sama lain.
 - c. Kepercayaan dan kejujuran : Kepercayaan dan kejujuran adalah faktor kunci dalam membangun rasa memiliki dan dimiliki. Ketika individu merasa bahwa mereka dapat percaya satu sama lain dan bahwa mereka dapat berbagi perasaan dan pengalaman tanpa takut dihakimi atau diabaikan,

- d. Keterbukaan dan rentang Perasaan: Memiliki keterbukaan untuk menerima dan menyampaikan perasaan secara jujur adalah faktor penting dalam mendukung rasa memiliki dan dimiliki. Individu yang dapat merangkul rentang perasaan, termasuk cinta, kasih sayang, ketakutan, atau kerentanan. (Sensussian, 2020)

Kebutuhan kasih sayang atau rasa dimiliki dan rasa memiliki (*love and bingingness needs*) berkaitan dengan hal-hal tertentu, seperti rasa persahabatan, rasa keintiman, rasa kepercayaan, rasa penerimaan serta memberi dan menerima kasih sayang. Didalam memenuhi kebutuhan perasaan memiliki dan perasaan dimiliki ini setiap individu atau manusia akan terlibat dalam hubungan pertemanan, hubungan romantis, hubungan keluarga, serta hubungan kelompok sosial dan sebagainya. Sangat penting bagi individu sebagai manusia untuk merasakan dicintai dan diterima oleh orang lain, sehingga seseorang untuk dapat menghindari berbagai masalah yang kemungkinan dapat terjadi :kesepian, depresi, dan kecemasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bari, Andriansyah, and Randy Hidayat. (2022): "*Teori Hirarki Kebutuhan Maslow Terhadap Keputusan Pembelian Merek Gadget.*" 7.1 8-14.
- Nurfanti, Ernawati, Ahmadi. (2022). *Keperawatan Dasar*. Rena Cipta Mandiri.
- Marpaung, Y. M., Zendrato, N. M. L. V., & Kep, M. (2022). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. CV Pena
- Amalia, N., & Yulianingsih, S. (2020). Kajian Psikologis Humanistik Abraham Maslow Pada Tokoh Utama Dalam Novel Surat Dahlan Karya Khrisna Pabichara. *Imajeri: Jurnal Pendidikan Bahasa dan Sastra Indonesia*, 2(2), 149-156.

BIODATA PENULIS



Rossyana S, S.Kp., M.Pd, lahir di Malang, pada 17 September 1961. Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Pajajaran Bandung Jurusan Keperawatan dan S2 di Universitas Negeri Malang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang.

BAB 17

Pemenuhan Kebutuhan Harga diri

Cut Mutia Tatisina, S. Kep., Ns., M. Kep

A. Pendahuluan

Pemenuhan Kebutuhan harga diri atau self-esteem merupakan salah satu aspek penting dalam hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan oleh Abraham Maslow. Harga diri mengacu pada persepsi seseorang terhadap dirinya sendiri, termasuk rasa penghargaan, kepercayaan diri, kemampuan, serta pengakuan dan penghormatan dari orang lain. Kebutuhan akan harga diri dapat menjadi landasan untuk individu mencapai keberhasilan, motivasi serta perkembangan diri (Orth, U, & Robins, R. W, 2019; Maslow, A.H. 1954).

Dalam konteks sosial dan psikologi, harga diri mempengaruhi hampir semua aspek kehidupan seseorang, mulai dari kesehatan mental hingga keberhasilan profesional dan keharmonisan dalam berhubungan Interpersonal. Individu dengan harga diri yang sehat cenderung menunjukkan ketahanan yang lebih besar terhadap stres dan kekecewaan serta memiliki kemampuan yang lebih baik dalam menghadapi tantangan dan kritik. Sebaliknya harga diri yang rendah seringkali dikaitkan dengan berbagai masalah psikologi seperti depresi, kecemasan, dan gangguan makan. Oleh karena itu pemahaman tentang harga diri dan faktor - faktor yang mempengaruhi harga diri dan cara efektif untuk meningkatnya dapat memberi manfaat signifikan tidak hanya untuk individu, tetapi juga bagi masyarakat secara keseluruhan dalam mengembang kesehatan mental yang lebih baik dan hubungan sosial yang lebih harmonis (Sowislo, J.F., & Orth, U. 2021).

B. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Harga Diri

1. Pengertian Dan Aspek Harga Diri

a. Pengertian

Harga diri atau *self-esteem*, adalah evaluasi subjektif yang dilakukan seseorang terhadap nilai dirinya sendiri. Ini mencakup perasaan yang berkaitan dengan rasa cukup, pentingnya diri sendiri, dan penerimaan diri. Harga diri merupakan komponen penting dalam kesehatan mental, mempengaruhi cara kita berinteraksi dengan lingkungan, menghadapi tantangan, serta berkomunikasi dengan orang lain (Orth, U, & Robins, R. W, 2019; Harris, M. A., & Orth., U, 2020).

b. Aspek Harga Diri

Aspek harga diri dibagi menjadi 2 (dua) aspek utama yakni,

1) Aspek Harga Diri Intrinsik (Internal Self - Esteem)

Harga diri intrinsik berkaitan dengan penilaian yang dibuat seseorang berpikir dan merasa baik tentang dirinya sendiri berdasarkan nilai-nilai internal mereka sendiri. Ini meliputi perasaan puas dengan diri sendiri, kemampuan, dan pencapaian pribadi. Huang dan Menezes (2019) menjelaskan harga diri intrinsik menggambarkan bagaimana individu menilai diri sendiri secara positif tanpa pengaruh dari luar. Harga diri internal. Aspek utama harga diri intrinsik terdiri dari,

- a) Kemandirian Penilaian: Individu menilai diri mereka berdasarkan standar dan nilai pribadi, bukan berdasarkan pendapat atau penilaian orang lain
- b) Kesadaran Diri: Kemampuan untuk introspeksi diri dan memahami kelebihan serta kekurangan diri secara jujur dan objektif
- c) Kesejajaran Nilai: Sejauh mana perilaku seseorang dan pilihan hidup sejalan dengan nilai-nilai pribadi mereka (Neff, K. D., & Vonk, R. 2019;

Orth, U., Clark, D. A., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. 2020); Mruk, C. J. 2021).

Pentingnya harga diri internal dalam mendukung kesehatan mental dan bahagia. Individu dengan harga diri internal yang tinggi cenderung memiliki tingkat depresi yang lebih rendah dan lebih tahan terhadap stres psikologis (Chen et al, 2020).

2) Aspek Harga Diri Ekstrinsik

Harga diri ekstrinsik merupakan penilaian diri yang dipengaruhi oleh pengakuan penghargaan, dan persetujuan dari orang lain. Misalnya, individu mungkin merasa berharga ketika mereka diakui atau dipuji oleh rekan kerja atau atasan mereka. Penelitian Fischer dan Boer (2021) menunjukkan bahwa harga diri ekstrinsik dipengaruhi oleh bagaimana individu berinteraksi sosial dan mendapat pengakuan sosial, yang berkontribusi terhadap identitas sosialnya. Aspek utama harga diri ekstrinsik terdiri dari,

- a) Validasi sosial: Ketergantungan pada pujian dan pengakuan dari orang lain sebagai sumber kepercayaan diri dan harga diri.
- b) Pencapaian terlihat: Penilaian diri yang berdasarkan pencapaian yang dapat dilihat atau diakui oleh orang lain seperti, status profesional, kekayaan, atau prestasi akademik
- c) Konformitas sosial: Keinginan menyesuaikan diri dengan norma dan harapan kelompok untuk mendapatkan penerimaan dan penghargaan dari kelompok tersebut (Orth, U., & Robins, R. W. 2020; Sedikides, C., & Gregg, A., P. 2021).

2. Faktor Yang Mempengaruhi Dan Cara Meningkatkan Harga Diri

a. Faktor Yang Mempengaruhi Harga Diri

Faktor yang mempengaruhi harga diri dibagi menjadi 2 (dua) yakni:

- 1) Faktor Internal: Faktor internal yang mempengaruhi harga diri antara lain,
 - a) Kesehatan mental

Kesehatan mental memiliki pengaruh terhadap harga diri. Gangguan seperti depresi dan kecemasan seringkali berkaitan dengan penilaian negatif, dimana individu mungkin merasa tidak berharga atau tidak mampu, sebaliknya kesehatan mental yang stabil mendukung pengembangan harga diri lebih positif (Sowislo, J.F., & Orth, U. 2021).
 - b) Ciri kepribadian

Ciri kepribadian seperti, ketahanan optimis dan ekstroversione sering kali dikaitkan dengan harga diri yang lebih tinggi karena individu tersebut cenderung memiliki pandangan yang lebih positif terhadap kehidupan dan kemampuan menghadapi tantangan. Sebaliknya kepribadian seperti neorotisme dapat menyebabkan harga diri rendah sebab ada kecenderungan mengalami emosi negatif (Roberts, B. W., & Mroczek, D. 2019).
 - c) Pengalaman masa lalu

Pengalaman sekolah seperti, keberhasilan di sekolah atau tempat kerja maupun di lingkungan sekitarnya dapat meningkatkan harga diri, sedangkan pengalaman negatif seperti, kegagalan berulang, adanya trauma dapat menurunkan harga diri. Namun meskipun demikian menginterpretasikan dan penyerapan pengalaman positif maupun negatif tergantung pada individu tersebut (Orth, U., Robins, R. W., & Meier, L. L. 2019).

2) Faktor Eksternal: Faktor eksternal yang mempengaruhi harga diri antara lain.

a) Pengaruh Sosial

Interaksi sosial memainkan peranan penting dalam pembentukan harga diri. Dukungan, pengakuan, dan umpan balik dari keluarga, teman, dan rekan kerja dapat meningkatkan harga diri. Sedangkan, penolakan sosial, stigma atau diskriminasi dapat menurunkan harga diri (Harris, M. A., & Orth, U. 2020).

b) Budaya

Norma, nilai dan tuntutan budaya juga mempengaruhi harga diri. Budaya yang menekan pencapaian individu cenderung mengembangkan harga diri berdasarkan pencapaian pribadi, sedangkan budaya yang menekankan kepentingan kelompok memungkinkan pengembangan harga diri yang berfokus pada kelompok (Markus, H. R., & Kitayama, S. 2019).

c) Pengalaman sekolah dan Pekerjaan

Prestasi dan pengalaman di lingkungan akademik dan pekerjaan yang profesional juga sangat mempengaruhi harga diri. Individu sukses di sekolah dan tempat kerja dapat meningkatkan harga diri, sebaliknya kegagalan atau adanya konflik dapat menurunkan harga diri (Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. 2018).

b. Cara Meningkatkan Harga Diri

Meningkatkan harga diri merupakan proses selanjutnya yang melibatkan praktik refleksi diri, pengakuan atas pencapaian, dan pengembangan hubungan positif. Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan harga diri yakni,

- 1) Pengembangan kesadaran diri
Memahami kekuatan dan kelemahan diri sendiri adalah langkah penting dalam mengembangkan diri. Kesadaran diri membantu individu mengidentifikasi bagian mana yang memerlukan peningkatan dan mengakui keberhasilan mereka. Cara yang dapat dilakukan antara lain, rutin meditasi, menulis jurnal untuk mencatat pengalaman sehari-hari dan emosi yang menyertainya, meminta umpan balik dari orang lain tentang perilaku dan ciri pribadi kita (Orth, U., & Robins, R. W. 2020).
- 2) Membangun hubungan positif
Hubungan yang mendukung dan positif sangat meningkatkan harga diri. Cara melakukannya antara lain, menghabiskan waktu dengan keluarga dan teman yang mendukung, mengembangkan keterampilan berkomunikasi efektif dan empatik serta bergabung dengan kelompok yang berbagai minat dan nilai yang sama (Harris, M. A., & Orth, U. 2020).
- 3) Membuat tujuan yang realistis
Penetapan dan pencapaian tujuan yang realistis memperkuat rasa kompetensi dan pencapaian diri. Cara melakukannya, menetapkan tujuan SMART, membagi tujuan besar menjadi langkah-langkah kecil mengurangi kelebihan beban dan merayakan pencapaian (Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. 2019).
- 4) Latihan belas kasih pada diri
Memperlakukan diri sendiri dengan baik, pengertian dan penerimaan diri terutama ketika mengalami kegagalan maupun kesulitan dapat meningkatkan kepercayaan diri. Caranya, praktik mindfulness, mengganti kritik diri dengan dialog internal yang mendukung dan penuh pengertian

serta dapat melakukan aktivitas fisik seperti olahraga dan hobi (Neff, K. D., & Germer, C. K. 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Chen, L., Yang, X., & Wang, Z. (2020). The role of internal self-esteem in psychological well-being: A clinical investigation. *Jo Clinical urnal of Psychology*, 76(1), 123-135
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018) "Advances in Subjective Well-Being Research." *Nature Human Behaviour*, 2(4), 253-260.
- Fischer, R., & Boer, D. (2021). Sosial approval and external aspects of self-esteem: Development and validation of a measurement scale. *Journal of Research in Personality*, 89, 154-175
- Harris, M. A., & Orth, U. (2020) "The Link Between Self-Esteem and Sosial Relationships: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies " *Journal of Personality and Sosial Psychology*, 119(6), 1459-1477.
- Harris, M. A., & Orth, U. (2020)." Understanding the Development of Self-Esteem. " *Psychotherapy and Psychodomatics*, 89(3), 183-195
- Huang, Y., & Menezes, I. G. (2019). Internal versus external self-esteem and the impact on mental health. *Journal of Personality and sosial Psychology*, 117(3), 100-112
- Maslow, A.H (1954) *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Mruk, C. J. (2021). "The Psychology of Self-Esteem: A Potential Common Ground for Humanistic Positive Psychology and Positivistic Positive Psychology" *American Psychologist*, 76(3), 470-480
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (2019). A Cycle of Mutual Constitution " *Prespectives on Psychological Science*, 14(4), 619-634.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2019). "Self-compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself" *Journal of Personalitty*, 87(1),115-1130
- Neff, K. D., & Germer, C. K. 2018). "The Mindful Self-Compassion Workbook: A Proven Way to Accept Yourself, Build Inner Strength, and Thrive." *Guilford Press Psychology*, 14(6), 845-854.

- Orth, U., Clark, D. A., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2020). "Testing the Temporal Ordering of Self-Esteem and Affect in a Longitudinal Study: Does Self-Esteem Lead to Affect or Vice Versa?" *Journal of Personality and Sosial Psychology*, 119(6), 1413-1432
- Orth, U., Robins, R. W., & Meier, L. L. (2019) "Disentangling the Effects of Low Self-Esteem and Stressful Events on Depression: Findings From Three Longitudinal Studies. " *Journal of Personality and Sosial Psychology*, 117(1), 284-297.
- Roberts, B. W., & Mroczek, D. (2019) "Personality Trait Change in Adulthood." *Current Directions in Psychological Science*, 28(4), 376-384
- Sedikides, C., & Gregg, A. P. (2021). "Self-Enhancement and Self-Protection: What They Are and What They Do. " *European Review of sosial Psychology*, 32(1), 257-295.
- Sowislo, J.F., & Orth, U. (2021). "Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies." *Psychological Bulletin*, 147(1), 1-21.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2019). "Revisiting the Sustainable Happiness Model and Pie Chart: Can Happiness Be Successfully Pursued? " *Journal of Positive*

BIODATA PENULIS



Cut Mutia Tatisina, S. Kep., Ns., M. Kep lahir di Hila, pada tanggal 03 Juni 1976. Menyelesaikan pendidikan S1, Profrsi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanudin, Tahun 2006 - 2007 dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Tahun 2013. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Prodi Keperawatan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 18

Konsep Pemberian Obat

Ns. Rizkan Halalan Djafar, S.Kep.,M.Kep

A. Pendahuluan

Pemberian medikasi merupakan salah satu fungsi terpenting dalam keperawatan. Fungsi ini juga merupakan salah satu fungsi yang berisiko sangat tinggi menyebabkan bahaya pada klien. Penting untuk mengikuti aturan pemberian yang aman dengan sungguh-sungguh. Pada saat pemberian obat untuk memastikan keamanan setiap klien, setiap perawat harus familier dengan rute pemberian yang direkomendasikan, dosis, kerja yang diharapkan, kemungkinan efek samping, dan pertimbangan keperawatan terhadap medikasi yang diresepkan (Kowalski, 2017).

Perawat harus terampil dan tepat saat memberikan obat, tidak sekedar memberikan pil untuk diminum (oral) atau injeksi obat melalui pembuluh darah (parenteral), namun juga mengobservasi respons klien terhadap pemberian obat tersebut. Pengetahuan tentang manfaat dan efek samping obat sangat penting dimiliki perawat. Perawat memiliki peran yang utama dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatan klien dengan mendorong klien untuk lebih proaktif jika membutuhkan pengobatan. Perawat berusaha membantu klien dalam membangun pengertian yang benar dan jelas tentang pengobatan, mengonsultasikan setiap obat yang dipesankan dan turut serta bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan tentang pengobatan bersama dengan tenaga kesehatan lain.

B. Konsep Pemberian Obat

1. Definisi Pemberian Obat

Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan manusia. menurut (Potter & Perry, 2009). Obat adalah sejenis terapi primer yang memiliki hubungan erat dengan proses penyembuhan sebuah penyakit Maka dari definisi tersebut dapat disimpulkan obat merupakan sebuah terapi primer tersusun atas substansi zat kimia yang digunakan dalam proses diagnosis, penyembuhan atau perbaikan dan pencegahan terhadap proses penyakit serta berpengaruh terhadap organ tubuh secara biologis.

2. Prinsip Dasar Pemberian Obat

Perawat dalam memberikan obat juga harus memperhatikan resep obat yang diberikan harus tepat, hitungan yang tepat pada dosis yang diberikan sesuai resep dan selalu menggunakan prinsip 12 benar, yaitu:

a. Benar Klien

Klien yang benar dapat dipastikan dengan memeriksa identitas klien, dan meminta klien menyebutkan namanya sendiri. Beberapa klien akan menjawab dengan nama sembarangan atau tidak merespon, maka gelang identifikasi harus diperiksa pada setiap klien pada setiap kali pengobatan.

Pada keadaan gelang identifikasi hilang, perawat harus memastikan identitas klien dan meminta klien menyebutkan namanya sendiri. Pada keadaan gelang identifikasi hilang, perawat harus memastikan identitas klien sebelum setiap obat diberikan. Perawat juga bertanggung jawab untuk secara tepat mengidentifikasi setiap orang pada saat memberikan pengobatan, pada saat klien tidak menggunakan gelang identifikasi.

b. Benar Obat

Klien dapat menerima obat yang telah diresepkan oleh seorang dokter. Perintah melalui telepon untuk pengobatan harus ditandatangani oleh dokter, perintah pengobatan mungkin diresepkan menelpon dalam waktu 24 jam. Komponen dari perintah pengobatan adalah :

- 1) Tanggal dan saat perintah ditulis
- 2) Nama obat
- 3) Dosis obat
- 4) Rute pemberian
- 5) Frekuensi pemberian
- 6) Tanda tangan dokter atau pemberi asuhan Kesehatan

Meskipun merupakan tanggung jawab perawat untuk mengikuti perintah yang tepat, tetapi jika salah satu komponen tidak ada atau perintah pengobatan tidak lengkap, maka obat tidak boleh diberikan dan harus segera menghubungi dokter tersebut untuk mengklarifikasinya.

- 1) Perawat bertanggung jawab untuk mengikuti perintah yang tepat
- 2) Perawat harus menghindari kesalahan yaitu dengan membaca label obat minimal 3x:
 - a) Pada saat melihat botol atau kemasan obat
 - b) Sebelum menuang atau mengisap obat
 - c) Setelah menuang atau mengisap obat
- 3) Memeriksa apakah perintah pengobatan lengkap dan sah
- 4) Mengetahui alasan mengapa klien menerima obat tersebut
- 5) Memberikan obat-obatan tanda: nama obat, tanggal kadaluwarsa

c. Benar Dosis Obat

- 1) Dosis yang diberikan klien sesuai dengan kondisi klien
- 2) Dosis yang diberikan dalam batas yang direkomendasikan untuk obat yang bersangkutan

- 3) Perawat harus teliti dalam menghitung secara akurat jumlah dosis yang akan diberikan, dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut: tersedianya obat dan dosis obat yang diresepkan atau diminta, pertimbangan berat badan, klien (mg/KgBB/hari), jika ragu-ragu dosis obat harus dihitung kembali dan periksa oleh perawat lain
 - 4) Melihat batas yang direkomendasikan bagi dosis obat tertentu
- d. Benar Waktu Pemberian Obat
- 1) Pemberian obat harus sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan
 - 2) Waktu yang benar adalah saat dimana obat yang diresepkan harus diberikan. Dosis obat harian diberikan pada waktu tertentu dalam sehari, seperti b.i.d (dua kali sehari), t.i.d (tiga kali sehari), q.i.d (empat kali sehari), atau q6h (setiap 6 jam), sehingga kadar obat dalam plasma dapat dipertahankan. Obat-obat dengan waktu paruh pendek diberikan beberapa kali sehari pada selang waktu yang tertentu
 - 3) Pemberian obat harus sesuai dengan waktu paruh obat ($t_{1/2}$). Obat yang mempunyai waktu paruh panjang diberikan sekali sehari, dan untuk obat yang memiliki waktu paruh pendek diberikan beberapa kali sehari pada selang waktu tertentu
 - 4) Pemberian obat juga memperhatikan diberikan sebelum atau sesudah makan atau bersama makanan
 - 5) Memberikan obat seperti kalium dan aspirin yang dapat mengiritasi mukosa lambung bersama-sama dengan makanan
 - 6) Menjadi tanggung jawab perawat untuk memeriksa apakah klien telah dijadwalkan untuk memeriksa diagnostik, seperti tes darah puasa yang merupakan kontraindikasi pemeriksaan obat
- e. Benar Cara Pemberian
- 1) Memperhatikan proses absorbs obat dalam tubuh harus tepat dan memadai

- 2) Memperhatikan kemampuan klien dalam menelan sebelum memberikan obat-obat peroral
 - 3) Menggunakan teknik aseptik sewaktu memberikan obat melalui parenteral
 - 4) Memberikan obat pada tempat yang sesuai dan tetap bersama dengan klien sampai obat oral telah ditelan
- f. Benar Dokumentasi
- Pemberian obat sesuai dengan standar prosedur yang berlaku di rumah sakit. Dan selalu mencatat informasi yang sesuai mengenai obat yang telah diberikan serta respons klien terhadap pengobatan.
- g. Benar pendidikan kesehatan perihal medikasi klien
- Perawat mempunyai tanggung jawab dalam melakukan pendidikan kesehatan pada pasien, keluarga, dan masyarakat luas terutama yang berkaitan dengan obat seperti manfaat obat secara umum, penggunaan obat yang baik dan benar, alasan terapi obat dan kesehatan yang menyeluruh, hasil yang diharapkan setelah pemberian obat, efek samping dan reaksi yang merugikan dari obat, interaksi obat dengan obat dan obat dengan makanan, perubahan-perubahan yang diperlukan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari selama sakit dan sebagainya.
- h. Benar hak klien untuk menolak
- Klien berhak untuk menolak dalam pemberian obat. Perawat harus memberikan informed consent dalam pemberian obat
- 1) Hak klien mengetahui alasan pemberian obat Hak ini adalah prinsip dari memberikan persetujuan setelah mendapatkan informasi (informed consent), yang berdasarkan pengetahuan individu yang diperlukan untuk membuat suatu keputusan.
 - 2) Hak klien untuk menolak pengobatan Klien dapat menolak untuk pemberian suatu pengobatan. Adalah tanggung jawab perawat untuk menentukan, jika memungkinkan, alasan penolakan dan mengambil langkah-langkah yang perlu untuk mengusahakan agar klien mau menerima

pengobatan. Jika suatu pengobatan ditolak, penolakan ini harus segera didokumentasikan. Perawat yang bertanggung jawab, perawat primer, atau dokter harus diberitahu jika pembatalan pemberian obat ini dapat membahayakan klien, seperti dalam pemberian insulin. Tindak lanjut juga diperlukan jika terjadi perubahan pada hasil pemeriksaan laboratorium, misalnya pada pemberian insulin atau warfarin.

i. Benar Pengkajian

Perawat selalu memeriksa tanda-tanda vital sebelum pengkajian.

j. Benar Evaluasi

Perawat selalu melihat atau memantau efek kerja dari obat setelah pemberiannya.

k. Benar reaksi terhadap makanan

Obat memiliki efektivitas jika diberikan pada waktu yang tepat. Jika obat itu harus diminum sebelum makan (antecimuma.c) untuk memperoleh kadar yang diperlukan harus diberi satu jam sebelum makan misalnya tetrasikilin dan sebaiknya ada obat yang harus diminum setelah makan misalnya indomestamin.

l. Benar reaksi dengan obat lain

Pada penggunaan obat seperti chloramphenicol sebelum diberikan dengan omeprazol penggunaan pada penyakit kronis.

DAFTAR PUSTAKA

- Kowalski, C. B. R. & M. T. (2017). Buku ajar keperawatan dasar : farmakologi dan pemberian medikasi. (E. A. M. & D. Yulianti,Ed.) (10 ed.). Jakarta: EGC
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). Fundamental Keperawatan. Salemba Medika.

BIODATA PENULIS



Ns. Rizkan Halalan Djafar, S.Kep., M.Kep lahir di Manado, pada 07 Juni 1993. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Muhammadiyah Manado dan S2 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Manado.

BAB 19

Model Teori Keperawatan

Rina Tampake, SPd., S.Kep.Ns., M.Med.Ed

A. Pendahuluan

Keperawatan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang diselenggarakan untuk memberikan perawatan langsung kepada pasien yang memiliki kebutuhan perawatan langsung akibat gangguan kesehatan yang dialami dan membutuhkan perawatan kesehatan. Keperawatan memiliki karakteristik sosial dan karakteristik interpersonal yang memiliki ciri-ciri saling berhubungan antara mereka yang membutuhkan perawatan dan yang memberikan perawatan. Perspektif keperawatan muncul secara unik yang didasarkan pada perkembangan filosofi dan praktik keperawatan yang terus meluas. Ilmu keperawatan membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan di antara beberapa teori guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja pemberian layanan keperawatan secara komprehensif. Pengembangan model konsep keperawatan perlu dikerjakan untuk memajukan disiplin ilmu pengetahuan keperawatan. Antara model dan teori ada suatu kesamaan dalam pengertian, namun sebenarnya berbeda dalam beberapa hal diantaranya pada tingkat abstraknya.

Model keperawatan adalah jenis model konseptual yang menerapkan kerangka kerja konseptual terhadap pemahaman keperawatan dan bimbingan praktik keperawatan. Konsep merupakan suatu ide dimana terdapat suatu kesan yang abstrak yang dapat diorganisir menjadi

simbol-simbol yang nyata, sedangkan konsep keperawatan merupakan ide untuk menyusun suatu kerangka konseptual atau model keperawatan. Teori ini sendiri merupakan sekelompok konsep yang membentuk sebuah pola yang nyata atau suatu pernyataan yang menjelaskan suatu proses, peristiwa, atau kejadian yang didasari oleh fakta-fakta yang telah diobservasi, tetapi kurang absolut (kurang adanya bukti) secara langsung.

Model konseptual keperawatan menguraikan situasi yang terjadi dalam suatu lingkungan atau stresor yang mengakibatkan seseorang individu berupaya menciptakan perubahan yang adaptif dengan menggunakan sumber-sumber yang tersedia. Model konseptual keperawatan mencerminkan upaya menolong orang dalam mempertahankan keseimbangan melalui pengembangan mekanisme koping yang positif untuk mengatasi stressor.

B. Model dan Teori Keperawatan

1. Model Keperawatan

Model konsep keperawatan merupakan cara pandang secara menyeluruh perawat dalam menganalisa atau meramalkan fenomena yang berkaitan dengan masalah pelayanan keperawatan. Model konseptual didefinisikan sebagai kumpulan konsep yang umum dan abstrak dengan menempatkan fenomena suatu disiplin ilmu. Model konsep adalah rangkaian konstruksi yang sangat abstrak dan berkaitan yang menjelaskan secara luas fenomena-fenomena, mengekspresikan asumsi dan mencerminkan masalah (Asmadi, 2009).

Model konseptual digunakan sebagai kerangka konsep kerja atau suatu pandangan yang mengarahkan tindakan keperawatan yang akan dilakukan dalam asuhan, menjadikan perawat peka terhadap apa yang terjadi dalam memberikan asuhan keperawatan. Model konseptual memberikan perspektif atau kerangka kerja sebagai pola pikir kritis dan acuan dalam membuat keputusan bagi perawat (*Tomey and Alligood, 2010* dalam

Risna & Irwan 2021). Model konseptual keperawatan juga menguraikan situasi yang terjadi dalam suatu lingkungan atau stresor yang mengakibatkan seseorang individu berupaya menciptakan perubahan yang adaptif dengan menggunakan sumber-sumber yang tersedia. Model konseptual keperawatan mencerminkan upaya menolong orang untuk mempertahankan keseimbangan melalui pengembangan mekanisme coping yang positif dalam mengatasi stressor. (Asmadi, 2009).

Model konsep keperawatan berfungsi untuk:

- a. Mengklarifikasi ide/pola pikir tentang keperawatan dan kaitannya dengan praktek keperawatan
- b. Meningkatkan pola pikir kreatif perawat untuk membantu mengembangkan profesi
- c. Memberi arahan bagi pelayanan kliend.
- d. Memberi corak/warna pada pelayanan yang diberikan. (Risna & Irwan 2021).

2. Teori Keperawatan

a. Pengertian

Teori keperawatan adalah kumpulan konsep, definisi, dan usulan yang memproyeksikan sebuah pandangan sistematis tentang fenomena untuk merancang hubungan khusus antar konsep guna menggambarkan, menjelaskan, memprediksi dan mengendalikan fenomena yang ada. (Asmadi, 2009). Teori keperawatan merupakan sebuah rancangan yang diciptakan untuk memantau perkembangan ilmu pengetahuan, dan menjelaskan fenomena yang terjadi di keperawatan kedalam level yang lebih spesifik. Teori keperawatan digunakan untuk mendukung praktek keperawatan, membantu dalam membuat keputusan tentang apa yang diketahui dan apa yang dibutuhkan (Lee, 2014 dalam Lilies & Ramadhaniyati 2018). Sedangkan menurut Ahmad (2016), teori keperawatan memberikan struktur/kerangka untuk berkomunikasi antara satu

perawat dengan perawat lainnya atau dengan tim kesehatan yang lain. Teori keperawatan dapat membantu disiplin ilmu keperawatan untuk mengklarifikasi kepercayaan, nilai-nilai, tujuan dan membantu menegaskan kontribusi unik keperawatan dalam pemberian perawatan pada pasien.

Perawat dapat menggunakan teori keperawatan khusus untuk membantu memandu praktik mereka atau memilih pendekatan elektif, yaitu mengadopsi ide-ide dari beberapa teori. Terlepas dari pendekatan yang mana yang dipilih, perawat akan mengakui nilai dan kegunaan dari teori keperawatan sebagai alat untuk praktik keperawatan yang efektif (Ahmad, 2016). Teori keperawatan membedakan keperawatan dari disiplin lain, dimana teori ini memiliki tujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memprediksi, dan mengendalikan hasil yang diinginkan dari praktek asuhan keperawatan (Ahmad, 2016).

b. Tujuan Teori Keperawatan

Teori dalam disiplin keilmuan bertujuan untuk memandu penelitian dalam meningkatkan ilmu pengetahuan yang ada atau menghasilkan pengetahuan baru. Sebuah teori tidak hanya membantu untuk mengatur pikiran dan ide-ide, tetapi juga dapat membantu mengarahkan pada apa yang harus dilakukan dan kapan dan bagaimana melakukannya (Ahmad, 2016). Teori keperawatan sebagai salah satu bagian kunci perkembangan ilmu keperawatan dalam perkembangan profesi keperawatan memiliki tujuan yang ingin dicapai di antaranya :

- 1) Dapat memberikan alasan-alasan tentang kenyataan-kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan.
- 2) Membantu para anggota profesi perawat untuk memahami berbagai pengetahuan.

- 3) Membantu proses penyelesaian masalah dalam keperawatan dengan memberikan arah yang jelas. (Risna&Irwan, 2021).

Teori keperawatan adalah dasar dari praktik keperawatan. Dalam banyak kasus teori keperawatan memandu dan mengarahkan pengetahuan, pendidikan, penelitian dan praktik keperawatan. Teori keperawatan mendefinisikan keperawatan sebagai profesi yang terpisah dari disiplin ilmu lain (misalnya kedokteran). Keperawatan sebagai profesi, memiliki batang tubuh ilmu pengetahuan sendiri yang penting untuk praktik keperawatan. Untuk itu, perawat perlu mengidentifikasi, mengembangkan, dan memahami konsep dan teori yang sejalan dengan keperawatan. (Risna & Irwan 2021).

3. Pandangan Beberapa Ahli Tentang Model Konsep Dan Teori Keperawatan.

Pandangan para ahli tentang Model konsep dan teori keperawatan cukup banyak, di bawah ini beberapa teori terpilih akan di kemukakan.

- a. Florence Nightingale. Dikenal dengan “Teori Lingkungan (*Environmental Theory*)”

Pengembangan teori keperawatan di era modern Nightingale, sangat dipengaruhi oleh pandangan filosofi mengenai interaksi manusia/klien dengan lingkungannya. Model konsep teori ini menetapkan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan. Disamping itu, perawat tidak perlu mengetahui seluruh proses penyakit, sehingga model konsep dapat memisahkan antara profesi keperawatan dan kedokteran. Menurut Florence, keperawatan berarti memanipulasi faktor-faktor lingkungan, sehingga dapat menyembuhkan pasien dalam bukunya “*Notes on nursing*”. Perawat harus memberikan lingkungan yang bersih, nyaman, dan aman tempat pasien dapat memulihkan diri. Florence mengidentifikasi 5 hal

untuk mendapatkan lingkungan yang sehat yaitu udara murni, air murni, drainase yang efisien, kebersihan dan cahaya. Menurut Florence, ada 3 faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan pasien:

1) Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik merupakan elemen dasar dari lingkungan pasien dan bisa mempengaruhi aspek lingkungan lainnya. Dalam teorinya Florence menjelaskan konsep sanitasi (kebersihan), udara segar, ventilasi, pencahayaan, air, tempat tinggal (pemukiman), kehangatan, ketenangan. Kesehatan bisa dirusak oleh faktor lingkungan seperti kelembaban, tidak bersih, dingin, bau dan gelap.

2) Lingkungan Psikologis

Florence menyatakan bahwa ada pengaruh kesehatan psikologis terhadap fisik pasien, meskipun pada saat itu masih sedikit bukti ilmiah yang menjelaskan keterkaitan antara aspek fisik dan psikologis pada manusia. Dia yakin bahwa lingkungan yang tidak sehat bisa menyebabkan stress psikologis dan hal ini bisa berdampak negatif pada emosi pasien.

3) Lingkungan sosial

Pencegahan penyakit berkaitan dengan lingkungan sosial. Karena itu, penting bagi perawat untuk memonitor lingkungan, dalam artian mengumpulkan informasi spesifik yang berhubungan dengan terjadinya penyakit dari komunitas atau lingkungan sosialnya. (Aini Nur, 2018).

b. Virginia Henderson

“Teori Kebutuhan Manusia (Human Need Theory)”

Virginia Henderson memandang pasien sebagai individu yang membutuhkan bantuan dalam mencapai kebebasan dan keutuhan pikiran dan tubuh. Dia

menegaskan bahwa praktik yang dilakukan oleh perawat independen dari praktik dokter. Henderson menegaskan pentingnya seni dalam keperawatan dan mengenalkan 14 kebutuhan dasar manusia yang menjadi dasar asuhan keperawatan dengan pasien, dan menciptakan konsep menolong diri sendiri. Henderson (1966) memperkenalkan 14 kebutuhan dasar manusia yang merupakan dasar dalam pemberian asuhan keperawatan:

- 1) Bernapas normal. mengonsumsi makanan dan minuman yang cukup,
- 2) Mengeluarkan buangan tubuh,
- 3) Menggerakkan dan mempertahankan postur tubuh,
- 4) Tidur dan beristirahat,
- 5) Memilih pakaian yang tepat;
- 6) Memilih antara memakai atau melepas pakaian,
- 7) Mempertahankan suhu tubuh pada batas normal dengan cara menyesuaikan pakaian dan modifikasi lingkungan,
- 8) Mempertahankan kebersihan tubuh, berhias dengan pantas, dan melindungi kulit,
- 9) Mencegah aktivitas yang dapat membahayakan orang lain dan lingkungan, Mampu mengkomunikasikan dan mengungkapkan perasaan, kebutuhan, kekhawatiran, dan pendapat kepada orang lain,
- 10) Beribadah sesuai keyakinan dirinya,
- 11) Bekerja sehingga merasa berprestasi.
- 12) Ikut berpartisipasi dalam berbagai kegiatan rekreasi,
- 13) Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mendukung pengembangan diri dan kesehatan yang normal,
- 14) Menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia. Keempat belas kebutuhan dasar manusia tersebut dapat diklasifikasikan menjadi empat kategori,

yaitu komponen kebutuhan biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual kebutuhan dasar poin 1-9 termasuk komponen kebutuhan biologis, poin 10 dan 14 termasuk komponen kebutuhan psikologis, poin 11 termasuk kebutuhan spiritual, dan komponen 12 dan 13 termasuk komponen kebutuhan sosiologis. (Yani Achir & Ibrahim Kusman, 2018).

c. Dorothea Elizabeth Orem

“Teori Defisit Perawatan Diri (Self Care Deficit Theory)”

Orem melihat individu sebagai suatu kesatuan utuh yang terdiri atas suatu fisik, psikologik dan sosial, dengan derajat kemampuan mengasuh diri sendiri (self-care ability) yang berbeda-beda. Berdasarkan pandangan ini, ia berpendapat bahwa kegiatan atau tindakan keperawatan ditujukan kepada upaya memacuh kemampuan mengasuh diri sendiri. Ia menyatakan bahwa teorinya, yaitu self-care defisit teori of nursing merupakan teori umum (general theory). Pada teori ini, ia menggambarkan kapan perawatan diperlukan, keperawatan diberikan jika: (1) kemampuan kurang dibandingkan dengan kebutuhan, (2) kemampuan sebanding dengan kebutuhan, tetapi diprediksi untuk masa yang akan datang kemungkinan terjadi penurunan dan peningkatan kebutuhan (Yani Achir & Ibrahim Kusman, 2018).

d. Sister Callista Roy

“Model adaptasi Keperawatan (Adaptation Model)”

Terdapat 4 elemen penting yang termasuk dalam model adaptasi keperawatan menurut model konseptual adaptasi Roy ialah: manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan. Model konsep dan teori keperawatan Sister Calista Roy (Teori Roy) merupakan model dalam keperawatan yang mengemukakan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatan

dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif serta mampu merubah perilaku yang mal adaptif. Secara ringkas, pandangan roy mengemukakan bahwa individu sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual sebagai satu kesatuan yang utuh memiliki mekanisme koping untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan sehingga individu selalu berinteraksi terhadap perubahan lingkungan.. (Yani Achir & Ibrahim Kusman, 2018).

e. Katharina Colcaba

“Teori kenyamanan (Theory of Comfort)”

Teori ini lebih mengedepankan kenyamanan sebagai kebutuhan semua manusia. Kenyamanan ialah kebutuhan yang diperlukan pada rentang sakit hingga sehat dan kenyamanan merupakan label tahap akhir dari tindakan terapeutik perawat kepada pasien (Wirastri, 2014).

Kolkaba menjelaskan kenyamanan adalah suatu yang menguatkan, dan dari ergonomis berkaitan langsung dengan penampilan dalam bekerja. Namun, arti ini tidak secara implisit, ada konteks lainnya dan masih bersifat ambigu. Konsep tersebut dapat diartikan sebagai kata kerja, kata benda, kata sifat, kata keterangan, proses dan hasil. Kolkaba Mengemukakan bahwa kenyamanan adalah suatu konsep yang mempunyai suatu hubungan yang kuat dengan ilmu perawatan. Perawat menyediakan kenyamanan ke pasien dan keluarga-keluarga mereka melalui intervensi dengan prientasi pengukuran kenyamanan.

Tindakan penghiburan yang dilakukan oleh perawat akan memperkuat pasien dan keluarga keluarga mereka yang dapat dirasakan seperti mereka berada di dalam rumah mereka sendiri. Kondisi keluarga dan pasien diperkuat dengan tindakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat dengan melibatkan perilaku. (Risna & Irwan 2021).

f. Betty Neuman

“Model Sistem Pelayanan Kesehatan (Health Care Sistem Model)”

Betty Neuman telah mengembangkan sebuah konsep utama yang dikenal dengan konsep “Health Care Sistem”. Model konsep tersebut mendeskripsikan penguatan garis pertahanan diri dengan fleksibel, normal maupun resisten terhadap sasaran pelayanan kesehatan dalam hal ini komunitas. Model ini sebagai bentuk aktifitas keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan stress. Betty Neuman juga menggambarkan bahwa manusia yang dipandang secara utuh atau menyeluruh adalah penggabungan dari adanya konsep holistik dan pendekatan terhadap sistem terbuka. Secara umum, model konsep utama Betty Neuman mencakup atas: stressor (sumber stres), tingkatan pencegahan, garis perlawanan dan pertahanan, struktur dasar, intervensi dan rekonstruksi, serta lima variabel sistem pasien.

Pernyataan Teori Sistem Model Neuman Model teori Betty Neuman terkait hal-hal yang berkaitan dengan macam-macam pengaruh pada respon klien sebagai akibat dari adanya stress (tekanan). Model teori ini menggambarkan bagaimana peran partisipasi aktif seorang perawat terhadap kliennya. Klien dan lingkungan sekitarnya memiliki hubungan yang saling timbal balik, serta pembuatan keputusan selalu terkait dengan sesuatu/hal yang berdampak padanya. Terdapat 4 faktor yang menjadi konsep mental pada pasien, di antaranya: 1) Individu (pasien itu sendiri), 2) Lingkungan sekitarnya, 3) Kesehatan, 4) Pelayanan. (Risna & Irwan 2021).

g. Dorothy E. Johnson

“Model Sistem Perilaku (*Behavioral Sistem Model*)”

Teori ini dikembangkan dari kepercayaan awalnya, yang berfokus pada individu yang telah

mengalami gangguan. Modelkonsep dan teori keperawatan menurut Johnson menggunakan pendekatan sistem perilaku dimana individu dipandang sebagai sistem perilaku yang selalu ingin merasakan keseimbangan dan stabilitas, baik dilingkungan eksternal ataupun internal, selain itu juga mempunyai keinginan untuk mengatur dan menyesuaikan dari pengaruh yang ditimbulkannya. Sebagai suatu sistem, di dalamnya terdapat komponen subsistem yang membentuk system tersebut, di antaranya komponen subsistem yang membentuk sistem perilaku.

Ketujuh elemen yang diidentifikasi sebagai sub sistem tersebut ialah:

- 1) Pencapaian (Achievement) adalah tingkat kemampuan memperoleh prestasi dengan keterampilan yang kreatif, subsistem achievement berusaha memodifikasi lingkungan.
- 2) Perhubungan (afiliasi), pencapaian suatu hubungan dengan kondisi lingkungan yang adekuat. Subsistem attachment-afiliative mungkin adalah yang paling kritis, dikarenakan subsistem ini membuat dasar bagi seluruh organisasi sosial.
- 3) Penyerangan (agresi), Koping terhadap ancaman di lingkungan ialah perlindungan (protection) dan pemeliharaan (preservation).
- 4) Ketergantungan (Dependency), suatu sistem perilaku dalam upaya mengadaptasikan sebuah bantuan, kedamaian, keamanan dan kepercayaan. dependency membantu mengembangkan perilaku yang membutuhkan sebuah respon pengasuhan dalam hal yang paling luas. Pada pengembangannya, perilaku dependensi berubah dari hampir bergantung secara total kepada orang lain ke arah bergantung total pada diri sendiri dengan derajat ketergantungan yang lebih besar. Untuk

kelangsungan kelompok sosial maka jumlah interpedensi tertentu sangat penting.

- 5) Subsistem Eliminasi. Segala hal secara biologis yang mempunyai hubungan dengan pembuangan zat-zat yang tidak diperlukan oleh tubuh.
- 6) Subsistem Ingesti, segala hal yang berkaitan dengan pola makan
- 7) Subsistem Seksualitas, pemenuhan kebutuhan untuk dicintai dan mencintai. Subsistem seksual ini mempunyai fungsi ganda yaitu hasil (procreation) dan kepuasan (gratification). (Risna & Irwan 2021).
- 8) Subsistem Seksualitas, pemenuhan kebutuhan untuk dicintai dan mencintai. Subsistem seksual ini mempunyai fungsi ganda yaitu hasil (procreation) dan kepuasan (gratification). Courting dan mating juga termasuk namun tidak dibatasi. Sistem respon ini dimulai saat perkembangan identitas jenis kelamin dan termasuk dalam cakupan yang luas yakni perilaku-perilaku yang berdasar pada prinsip jenis kelamin (Ari Thomas, 2013 dalam Risna & Irwan 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Aini Nur. 2018. Teori Model Keperawatan. Malang. Universitas Muhammadiyah Malang
- Arora, R. (2015, July 4). Which one is better Wingchun, Wushu or Taichi? Retrieved October 18, 2016, from Quora: <https://www.quora.com/Which-one-is-better-Wingchun-Wushu-or-Taichi>
- Aini Nur. 2018. Teori Model Keperawatan. Beserta Aplikasinya dalam keperawatan. Universitas Muhammadiyah Malang
- Asmadi. 2009. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Risna & Irwan. 2021. Falsafah Dan Teori Keperawatan Dalam Integrasi Keilmuan. Alauddin University Press. Romangpolong Samata Gowa.
- Lestari & Rahmadiyahati, 2018. Falsafah dan Teori Keperawatan. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Yani, Achir dan Ibrahim, Kusman. 2018. Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka: Indonesia
https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale
<http://renal-mumar.blogspot.com/2012/04/teori-keperawatan-faye-abdellah.html>
<https://www.google.com/search?q=DOROTHEA+ELIZABETH+OREM>

BIODATA PENULIS



Rina Tampake, SPd., S.Kep.Ns., M.Med.Ed Lahir di Poso, pada 13 Februari 1963. Penulis menyelesaikan Pendidikan dasar dan menengah di Kota Poso, selanjutnya meneruskan Pendidikan di Akademi Perawatan Umum Makasar tamat tahun 1984, Melanjutkan Pendidikan S1 Pendidikan Jurusan Bimbingan dan Konseling di Unpati Ambon tamat tahun 1998, melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan di FIK UI Jakarta tamat tahun 2002 dan menyelesaikan Pendidikan S2 di Medical education di Universitas Gajahmada tahun 2011. Penulis mengawali karier sebagai praktisi perawat di RS Undata Palu sebagai perawat di ruang perawatan bedah dan ruang perawatan anak dari tahun 1985-1990. Selanjutnya pindah ke Pusdiknakes Depkes RI Jakarta tahun 1990-1992. Kemudian menjadi guru SPK tahun 1992-1998 di SPK Depkes Ambon. Pindah ke Cirebon menjadi Dosen Keperawatan tahun 1998-2023, Pindah ke Poltekkes Depkes Kendari sebagai Dosen Keperawatan tahun 2023-2028 dan pindah mengajar di Poltekkes Kemenkes Palu tahun 2008 hingga sekarang di Jurusan keperawatan Prodi sarjana terapan keperawatan.



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

ISBN 978-623-8669-03-5



9 786238 669035