



KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Penulis:

*Eka Nugraha V.Naibaho, S.Kep.,Ns., M.Kep
Adelina Sembiring, S.Kep.,Ners., M.Kep
Ali Asman Harahap, S.Kep.,Ns., M.Kep
Nataria Yanti Silaban, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB
Lamtiur Purba, S.Kep.,Ns., M.Kep
Candra Meriani Damanik, S.Kep.,Ns., M.Kep
Yuni Shanti Ritonga, S.Kep.,Ns., M.Kep
Satriani Hartalina Gultom, S.Kep.,Ns., M.Kep*



KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

**Eka Nugraha V.Naibaho, S.Kep.,Ns., M.Kep
Adelina Sembiring, S.Kep.,Ners., M.Kep
Ali Asman Harahap, S.Kep.,Ns., M.Kep
Nataria Yanti Silaban, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB
Lamtiur Purba, S.Kep.,Ns., M.Kep
Candra Meriani Damanik, S.Kep.,Ns., M.Kep
Yuni Shanti Ritonga, S.Kep.,Ns., M.Kep
Satriani Hartalina Gultom, S.Kep.,Ns., M.Kep**



Penerbit

NEXUS BOOKS

**Perum. Graha Indah Asri Blok A No.1 Lubuk Minturun Kec.
Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat**

www.publish.nexusbooks.id

UU No 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

Fungsi dan Sifat Hak Cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Eka Nugraha V. Naibaho, S.Kep.,Ns., M.Kep
Adelina Sembiring, S.Kep.,Ners., M.Kep
Ali Asman Harahap, S.Kep.,Ns., M.Kep
Nataria Yanti Silaban, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB
Lamtiur Purba, S.Kep.,Ns., M.Kep
Candra Meriani Damanik, S.Kep.,Ns., M.Kep
Yuni Shanti Ritonga, S.Kep.,Ns., M.Kep
Satriani Hartalina Gultom, S.Kep.,Ns., M.Kep

Editor:

Allans Prima Aulia,S.Kom, M.Kom

Penyunting:

Fhajri Arye Gemilang, SE, BBA HONS, MM, NCT, CDMS, CBC, CPS

Tata Letak:

Akhirul Desman, ST

Desain Cover:

Zilyan Hidayati, S.H

Ukuran:

A5

Halaman:

vi, 183

ISBN:

978-634-05-0037-0

Terbit Pada:

April, 2026

Hak Cipta 2026 @ Nexus Books dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.



PENERBIT NEXUS BOOKS
(CV. NOXUS BOOKS)

Perum. Graha Indah Asri Blok A No.1 Lubuk Minturun
Kec. Koto Tengah Kota Padang Sumatera Barat

www.publish.nexusbooks.id

nexusbooks.id@gmail.com

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, maka Penulisan Buku dengan judul KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH dapat diselesaikan. Buku ini membahas tentang Konsep Dasar dan Ruang Lingkup Keperawatan Medikal Bedah, Sejarah Perkembangan Keperawatan Medikal Bedah, Pengkajian Keperawatan Komprehensif Pada Pasien Dewasa, Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi, Asuhan Infeksi Pada Gangguan Sistem Pencernaan, Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Perkemihan, Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Endokrin Dan Metabolik, dan Asuhan Keperawatan Perioperatif (Pra, Intra, Pasca Operasi)

Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini

Adapun, buku kami yang berjudul Keperawatan Medikal Bedah ini telah selesai kami buat secara semaksimal dan sebaik mungkin agar menjadi manfaat bagi pembaca yang membutuhkan informasi dan pengetahuan mengenai keperawatan medikal bedah.

Artikel ini telah tayang di www.publish.nexusbooks.id

Terima kasih.

Padang, April 2026

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR TABEL	vi
BAB 1 KONSEP DASAR DAN RUANG LINGKUP KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH	1
Pendahuluan	1
Uraian Materi.....	2
A. Konsep Dasar Keperawatan Medikal Bedah	2
B. Ruang Lingkup Keperawatan Medikal Bedah.....	2
BAB 2 SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH	21
Pendahuluan	21
Sejarah Perkembangan Keperawatan Medikal Bedah.....	23
A. Masa Primitif (Sebelum Masehi).....	23
B. Masa Keagamaan (Peradaban Kuno- Abad Pertengahan).	24
C. Masa Pra-Modern (Abad Ke-17- Awal Abad Ke -19).....	26
D. Masa Modern Awal (Abad ke-19).....	28
E. Masa Spesialisasi (Awal Abad ke-20)	30
F. Masa Profesionalisasi (Pertengahan Abad ke-20).....	33
G. Masa Modern dan Teknologi (Akhir Abad ke 20 – sekarang)	35
DAFTAR PUSTAKA	38
BAB 3 PENGKAJIAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA PASIEN DEWASA	41
Pendahuluan	41
A. Pengertian.....	42
B. Tujuan pengkajian.....	43
C. Komponen Pengkajian Komprehensif	43
D. Manfaat Pengkajian	44
DAFTAR PUSTAKA	55
BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN SISTEM RESPIRASI	57
Pendahuluan	57
Uraian Materi.....	58

A. Konsep Teoritis Sistem Respirasi	58
B. Asuhan Keperawatan Pada Kasus Tuberkulosis Paru....	59
C. Asuhan Keperawatan Pada Kasus Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK).....	72
DAFTAR PUSTAKA	83
BAB 5 ASUHAN INFEKSI PADA GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN.....	85
Pendahuluan	85
Uraian Materi	86
A. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan	86
B. Gangguan Sistem Pencernaan.....	91
C. Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Pencernaan	96
DAFTAR PUSTAKA	115
BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN	117
Pendahuluan	117
A. Konsep Dasar Sistem Perkemihan	117
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Perkemihan	121
C. Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Perkemihan	128
DAFTAR PUSTAKA	144
BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN DAN METABOLIK	145
Pendahuluan	145
A. Anatomi dan Fisiologi Sistem Endokrin.....	146
B. Konsep Gangguan Sistem Endokrin dan Metabolik	149
C. Diabetes Melitus.....	150
D. Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus....	152
E. Asuhan Keperawatan pada Hipertiroidisme	153
F. Asuhan Keperawatan pada Hipotiroidisme	154
G. Peran Perawat dalam Penatalaksanaan Gangguan Endokrin.....	154
H. Pencegahan Gangguan Metabolik.....	154
I. Kesimpulan	155
DAFTAR PUSTAKA	156

BAB 8 ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF (PRA, INTRA, PASCA OPERASI)	157
Pendahuluan	157
A. Asuhan keperawatan pre operatif.....	158
B. Asuhan keperawatan intra operatif.....	159
C. Asuhan keperawatan pasca operatif	160
D. Jenis – jenis tugas dan peran perawat perioperatif.....	162
E. Peran perawat dalam keperawatan perioperatif.	166
F. Alur kerja perawat perioperatif.....	167
G. Standar keselamatan periode perioperatif.	169
H. Komplikasi perioperatif.....	170
I. Tantangan keperawatan perioperatif.....	172
DAFTAR PUSTAKA.....	174

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Anatomi dan Fisiologi Sistem Respirasi	58
Gambar 2. Foto thoraks Kasus Tuberkulosis	60
Gambar 3. Kuman Mycobacterium Tuberkulosis	61
Gambar 4. Gambar Paru-paru dengan kondisi PPOK	72
Gambar 5. Medical Research Council Dyspnea scale	74
Gambar 6. Grade PPOK	75
Gambar 7. Kuesioner mMRC	76
Gambar 8. Kuesioner CAT	77
Gambar 9. Sistem Digestif (Pencernaan)	90
Gambar 10. Ginjal dan Posisinya	121
Gambar 11. Perbandingan sistem endokrin: pria vs wanita	146
Gambar 12. Kelenjar Sistem Endokrin.....	147
Gambar 13. Sistem Pankreas	149
Gambar 14. Perawat sebagai nurse scrub pada intra operasi ...	164
Gambar 15. Perawat sebagai perawat sirkuler pada pra operasi	165
Gambar 16. Perawat sebagai perawat anastesi pada pra operasi	166

DAFTAR TABEL

Table 1. Tabel Data Klinis Umum pada Hipertensi	47
Table 2. Tabel Evaluasi Keperawatan (SOAP).....	51
Table 3. Tabel Pengkajian	63

BAB 1

KONSEP DASAR DAN RUANG LINGKUP KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Pendahuluan

Keperawatan adalah profesi yang terus berkembang dan menuntut pembelajaran seumur hidup; untuk menjaga standar kualitas perawatan, perawat medikal bedah harus selalu mengikuti perkembangan terkini dan memperdalam kemampuan diri guna berkontribusi bagi organisasi, industri, masyarakat, dan pasien. Merupakan tanggung jawab setiap perawat medikal bedah untuk membaca, memahami, dan mengidentifikasi parameter praktik sesuai dengan undang-undang praktik keperawatan, kode etik profesi, standar praktik profesional, dan kompetensi.

Pembelajaran seumur hidup dapat dicapai dengan terus mempersiapkan diri secara pendidikan melalui pendidikan formal, bergabung dengan organisasi profesional, menghadiri konferensi atau lokakarya, dan meninjau praktik berbasis bukti serta tren terkini, atau memperoleh sertifikasi. Kompetensi perawat medikal bedah dicapai melalui pendidikan, pengetahuan, pengalaman, dan kemampuan.

Uraian Materi

A. Konsep Dasar Keperawatan Medikal Bedah

Keperawatan medikal bedah merupakan spesialisasi keperawatan terbesar dalam keperawatan (AACN, 2023). Perawat medikal bedah memberikan perawatan kepada pasien mulai dari remaja hingga dewasa dengan berbagai kebutuhan medis dan bedah, termasuk persiapan dan pemulihan pasca operasi. Keperawatan medikal bedah memiliki dasar pengetahuan yang luas dan dapat memperoleh sertifikasi dalam praktik keperawatan. Praktik keperawatan medikal bedah didasarkan pada prinsip-prinsip etika (Fowler, 2020). Perawat medikal bedah memiliki keterampilan dalam organisasi, penetapan prioritas, penilaian, dan komunikasi. Perawat medikal bedah adalah pengasuh yang kompeten, pembelajar seumur hidup, dan menggunakan pemikiran kritis untuk memberikan perawatan berkualitas. Keperawatan medikal bedah adalah pemimpin dalam mengoordinasikan perawatan di antara tim perawatan kesehatan antarprofesional. Keperawatan medikal bedah dipraktikkan di berbagai lingkungan di industri perawatan kesehatan.

B. Ruang Lingkup Keperawatan Medikal Bedah

1. Uraian Ruang Lingkup dan Standar Keperawatan Medikal Bedah

Ruang lingkup praktik keperawatan medikal bedah menjelaskan aspek siapa, apa, di mana, kapan, dan mengapa yang mendefinisikan peran tersebut. Ruang lingkup praktik ini

menggambarkan batasan pengetahuan, tingkat kemahiran, dan kompetensi (American Nurses Association / ANA, 2023). Ruang lingkup praktik keperawatan medikal bedah memberikan pedoman agar perawat dapat menjalankan praktiknya dengan aman dan sesuai hukum dalam batas-batas lingkup profesinya.

Ruang lingkup keperawatan medikal bedah didukung oleh model yang mewakili Regulasi Praktik Keperawatan Profesional, yang mencakup fokus populasi, model konsensus, lingkungan praktik, kebijakan dan prosedur organisasi, kode etik, ruang lingkup dan standar profesional keperawatan, serta sertifikasi spesialisasi (ANA, 2021). Setiap negara bagian memiliki undang-undang, aturan, dan regulasi sendiri, yang mendefinisikan ruang lingkup praktik dan memberikan pedoman untuk tindakan disiplin atas perawatan yang tidak memenuhi standar. Dewan Keperawatan Negara Bagian / State Boards of Nursing (SBON) menggunakan aturan dan regulasi untuk memastikan bahwa perawat memenuhi persyaratan perolehan dan perpanjangan lisensi, sekaligus melindungi keselamatan pasien dengan memberikan sanksi atas perawatan yang tidak memenuhi standar (Boehning & Haddad, 2022).

2. Fenomena yang Menarik

Fenomena yang menarik perhatian adalah kerangka kerja yang didukung dengan deskripsi atau penjelasan terkait praktik keperawatan. Fenomena dalam keperawatan medikal bedah mencakup landasan pengetahuan luas yang diperkaya dengan

Keperawatan Medikal Bedah

pengalaman keperawatan, intuisi (memahami secara langsung), dan melakukan praktik berbasis bukti sehingga memungkinkan perawat untuk memahami kondisi terkini terkait profesi keperawatan serta perkembangan keperawatan medikal bedah. Pada intinya, keperawatan medikal bedah mengharuskan perawat untuk menerapkan proses keperawatan agar pasien dapat mencapai tingkat fungsional tertinggi.

Perawat medikal bedah dapat mengantisipasi perluasan praktik keperawatan untuk mengintegrasikan (menggabungkan) teknologi kesehatan yang berkembang, informatika, dan abstraksi data. Ukuran terbaru akan mengharuskan perawat medikal bedah untuk mengasah kompetensi yang ada dan mengembangkan yang baru. Perawat medikal bedah perlu beradaptasi dengan kerangka kerja praktik baru untuk mengakomodasi hubungan yang terus berkembang antara pasien dan sistem perawatan kesehatan. Seiring dengan perluasan lingkungan praktik secara tradisional kepada masyarakat, perawat medikal bedah dapat mengantisipasi tingkat keparahan pasien yang lebih tinggi di lingkungan tradisional yang melakukan perawatan pada pasien kronis yang bergeser ke lingkungan praktik berbasis kepada masyarakat dan perawatan tradisional di rumah.

Keperawatan medikal bedah pada dasarnya mencakup prinsip-prinsip dasar keperawatan, pencegahan, penelitian berbasis bukti untuk mendukung praktik, tingkat fungsional, penilaian keperawatan, serta sebagai advokasi pasien tanpa memandang

latar belakang demografis pasien. Ruang Lingkup dan Standar Praktik Keperawatan Medikal Bedah berfungsi sebagai panduan bagi perawat medikal bedah untuk mencapai tujuan dalam mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit dan cedera, serta memberikan perawatan kepada masyarakat di lingkungan mereka.

3. Seni dan Ilmu Keperawatan Medikal Bedah

Seni dan ilmu praktik keperawatan berlaku dalam keperawatan medikal bedah. Perawat harus memahami dan mematuhi persyaratan seperti kompetensi, pedoman, dan algoritma, selain aspek-aspek perawatan yang tidak dapat diukur atau didefinisikan secara konkret. Ilmu keperawatan adalah integrasi data objektif yang diperoleh melalui penilaian pasien, dengan pengetahuan tentang proses penyakit dan perkembangan manusia, determinan sosial kesehatan, serta pemahaman akan kebutuhan pasien berdasarkan ekspresi dan perilaku. Perawat medikal bedah pada semua tingkatan praktik menggunakan seni maupun ilmu keperawatan dalam pemberian perawatan. Ilmu keperawatan medikal bedah berlandaskan pada penilaian klinis dan proses keperawatan. Penilaian klinis didefinisikan oleh National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) sebagai, "...hasil yang diamati dari pemikiran kritis dan pengambilan keputusan. Ini adalah proses berulang yang menggunakan pengetahuan keperawatan untuk mengamati dan mengevaluasi situasi yang dihadapi, mengidentifikasi masalah klien yang diprioritaskan dan

Keperawatan Medikal Bedah

menghasilkan solusi berbasis bukti terbaik untuk memberikan perawatan klien yang aman” (Hensel & Billings, 2019, halaman 128). Melalui pengalaman yang berkelanjutan, perawat mengembangkan intuisi dan penilaian klinis, yang menghasilkan keahlian klinis.

Proses keperawatan menyediakan kerangka kerja untuk pengambilan keputusan klinis dan membutuhkan penilaian klinis. Proses keperawatan menjadi landasan bagi perawat dalam memberikan asuhan dengan memanfaatkan seluruh aspek keahlian dalam keperawatan. Perawat medikal bedah menerapkan proses keperawatan untuk memberikan asuhan holistik yang berpusat pada pasien sepanjang rentang penyakit hingga kesehatan. Seiring berkembangnya penilaian klinis seorang perawat, proses keperawatan akan memberinya kemampuan untuk mengintegrasikan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit guna mengoptimalkan hasil perawatan pasien. ANA telah mengeluarkan pernyataan otoritatif mengenai tugas semua perawat dan telah mengkodifikasi proses keperawatan sebagai Standar Praktik (ANA, 2021, hlm. 73). Setiap standar didasarkan pada komponen proses keperawatan: Penilaian, Diagnosis Keperawatan, Identifikasi Hasil, Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi (ANA, 2021). Meskipun ilmu keperawatan didasarkan pada bukti, seni keperawatan mungkin tampak lebih sulit dipahami. Dalam bentuknya yang paling dasar, seni adalah penerapan ilmu pengetahuan. Praktik seni diperoleh melalui pengalaman, studi atau

pengamatan (Guo et al., 2021). Keterampilan komunikasi, empati, pemahaman, kreativitas, pemecahan masalah, dan pengamatan merupakan aspek-aspek dari seni maupun keperawatan. Esensi praktik keperawatan mungkin paling tepat menggambarkan apa yang dimaksud dengan seni keperawatan (Motter et al., 2021).

Pada masa awal keperawatan, seni dianggap sebagai norma profesi yang berkaitan dengan peran keibuan dan urusan rumah tangga. Seiring perkembangan keperawatan, seni tersebut telah bergeser menjadi kemampuan untuk bersikap penuh kasih sayang, peduli, dan komunikatif. Kemampuan ini mendukung kebutuhan mental, emosional, dan psikososial tim multidisiplin, termasuk perawat. Misalnya, dalam beberapa tahun terakhir selama pandemi COVID-19, seni keperawatan digunakan untuk memberikan perawatan yang berpusat pada pasien. Perawat memahami kebutuhan akan koneksi manusiawi ketika kunjungan dibatasi, dan sistem pendukung tidak dapat hadir di samping tempat tidur pasien. Pendekatan proaktif diambil untuk memfasilitasi komunikasi melalui cara-cara non-konvensional. Teknologi video konferensi, pesan-pesan inspiratif, mural di jendela (dekorasi dinding), papan tulis, dan dinding digunakan untuk memberikan dukungan emosional bagi pasien dan staf selama masa COVID. Seni keperawatan tercermin dalam duduk di samping tempat tidur dan memegang tangan pasien pada saat-saat terakhirnya di dunia.

Meskipun seni dan ilmu keperawatan medikal bedah memiliki definisi yang berbeda, yang satu merupakan penerapan dari yang

lain. Hubungan antara seni dan ilmu menyoroti esensi profesi kita dan memungkinkan perawat memberikan emosi dan kasih sayang kepada pasien serta sistem pendukung mereka. Menerapkan seni dan ilmu keperawatan menyatukan nilai dan semangat ke dalam perawatan yang berpusat pada pasien. Kepercayaan terhadap profesi menjadikan perawat medikal bedah sebagai suatu kehormatan.

4. Perawatan yang Aman dan Penuh Empati

Perawatan yang aman dan penuh empati memungkinkan tercapainya hasil yang optimal bagi pasien. Perawat mengantisipasi, mengenali, dan menangani situasi yang dapat membahayakan pasien. Perawatan yang aman merupakan tanggung jawab seluruh anggota tim multidisiplin, termasuk pasien. Keselamatan pasien mencegah dan mengurangi risiko serta kesalahan yang dapat membahayakan pasien. Perawatan yang aman melibatkan partisipasi dan edukasi pasien dalam rencana perawatan, selalu mengikuti perkembangan kebijakan dan prosedur, penggunaan teknologi sebagai langkah keamanan serta melaporkan temuan positif, kejadian nyaris cidera, dan kejadian terkait keselamatan. Perawatan yang penuh kasih sayang dapat menghasilkan kepuasan pasien yang lebih tinggi dan pengalaman pasien yang lebih baik secara keseluruhan, perawatan yang lebih aman dan penghematan biaya, serta peningkatan kepercayaan diri dan efektivitas staf (Malenfant et al., 2022).

Perawatan yang penuh kasih sayang bersifat menghormati dan penting untuk membangun lingkungan positif yang inklusif bagi pasien dan sistem pendukungnya agar memahami peran dalam pemulihan dan kesejahteraan perawatan kesehatan (Jemal et al., 2021). Selain itu, perawatan yang penuh kasih sayang adalah kemampuan untuk mengenali penderitaan dan kerentanan. Perawat medikal bedah meluangkan waktu untuk pasien dengan mendengarkan secara aktif untuk memahami ketakutan dan kebutuhan mereka (Malenfant et al., 2022). Perawatan yang aman dan penuh kasih sayang mencakup kerja sama yang erat dengan tim antarprofesional untuk mencapai tujuan kesehatan dan kesejahteraan yang terpadu.

5. Perawatan yang Berpusat pada Pasien

Ketika fokus perawatan yang berpusat pada pasien adalah pasien dan sistem pendukungnya, perawat medikal bedah menerapkan pengetahuan, keterampilan, dan pendekatan penuh perhatian terhadap kondisi kesehatan, daftar masalah, serta kebutuhan pasien dan keluarga sepanjang rentang penyakit hingga kesembuhan. Ketika fokus perawatan yang berpusat pada pasien adalah masyarakat, perawat medikal bedah mengidentifikasi faktor-faktor potensial yang dapat diperbaiki terkait risiko lingkungan dan pilihan gaya hidup (ANA, 2021).

Perawat medikal bedah memberikan perawatan di berbagai lingkungan dengan pemahaman bahwa pasien adalah fokus utama

Keperawatan Medikal Bedah

dan sentral dalam penyampaian perawatan dalam keperawatan. Perawat medikal bedah berkomitmen untuk membantu pasien mencapai tingkat fungsi optimal. Perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan diarahkan untuk mempromosikan kontinum kesehatan, mencegah penyakit dan komplikasi, membantu rehabilitasi serta membimbing pasien dan sistem pendukungnya melalui pengalaman akhir hayat yang penuh empati dan bermartabat yang selaras dengan keyakinan pribadi. Pasien dipandang sebagai individu yang unik dan multidimensional dengan kebutuhan yang kompleks di seluruh tahap perkembangan. Pandangan ini terhadap pasien dipertimbangkan pada setiap fase proses keperawatan untuk menjamin pengembangan rencana perawatan yang dipersonalisasi.

Praktik keperawatan medikal bedah pada dasarnya mencakup komitmen untuk melindungi hak-hak pasien, termasuk hak untuk diperlakukan dengan martabat dan rasa hormat, hak untuk mendapatkan perawatan yang terjangkau dan berbasis bukti, hak agar privasi mereka dihormati, serta hak untuk mendapatkan informasi yang mudah dipahami mengenai pilihan yang tersedia dan konsekuensi dari tindakan atau ketidakberdayaan.

Semua pasien dan sistem pendukung memiliki hak untuk menetapkan dan mempertahankan otonomi diri serta tanggung jawab untuk mengambil keputusan yang terinformasi mengenai masa depan mereka. Oleh karena itu, pasien harus dilibatkan dalam pembahasan yang berkaitan dengan rencana perawatan dan hasil

perawatan kesehatan yang diharapkan. Pasien berhak atas perawatan yang diberikan dengan cara yang tidak menghakimi, tidak diskriminatif, dan peka terhadap keragaman budaya. Kemitraan yang didasarkan pada saling menghormati merupakan landasan hubungan antara perawat medikal bedah dan pasien.

Perawat medikal bedah memberikan perawatan holistik yang mencakup dimensi fisik, emosional, dan spiritual. Perawatan holistik adalah kemitraan antara pasien, sistem pendukung, dan tim interprofesional, di mana semua pihak bekerja menuju tujuan bersama kesehatan dan kesejahteraan sebagaimana didefinisikan oleh pasien dan sistem pendukung. Perawatan holistik memastikan pasien dan sistem pendukung merasa diperhatikan, dihibur, didengarkan, dan terlibat dalam penyampaian perawatan dalam keperawatan (AHA, 2019).

6. Kerja Sama Tim, Pendelegasian, dan Pengawasan

Perawat medikal bedah dapat mendelegasikan tugas dan kegiatan yang sesuai kepada tim perawatan berdasarkan ruang lingkup praktik dan kompetensi. Perawat mengawasi pendelegasian tugas kepada anggota tim perawatan lainnya dan memastikan hak-hak spesifik ini dipatuhi: tugas yang tepat, keadaan yang tepat, orang yang tepat, pengawasan yang tepat, serta arahan dan komunikasi yang tepat (Barrow & Sharma, 2022).

Pengawasan dan pendelegasian merupakan keterampilan yang sangat penting saat berpraktik dalam tim perawatan kesehatan

berjenjang (Walker et al., 2021). Pengambilan keputusan dan pendelegasian dipengaruhi oleh berbagai faktor, sehingga perawat harus memahami batasan penerima delegasi, yang ditentukan oleh pekerjaan, kebijakan organisasi, dan undang-undang praktik keperawatan. Kerja sama tim yang transparan dan kompak mengurangi kejadian yang merugikan dan kesalahan, meningkatkan efisiensi, keselamatan, dan kualitas perawatan, serta menciptakan lingkungan kerja yang positif serta pengalaman dan kepuasan pasien (Rosen et al., 2018).

7. Teknologi, Inovasi, dan Dokumentasi

Catatan kesehatan elektronik / Electronic health records (EHR) telah menjadi hal yang menonjol dalam beberapa tahun terakhir seiring dengan adanya layanan kesehatan jarak jauh (telehealth) dan penggunaan perangkat elektronik yang memantau kondisi pasien dari jarak jauh. Data kesehatan pasien disimpan dalam EHR. Data EHR dapat dianalisis untuk mengidentifikasi dan mendorong inisiatif peningkatan kualitas serta mengurangi variabilitas praktik. Perawat medikal bedah harus terus mengikuti perkembangan teknologi baru yang mungkin termasuk dalam lingkup praktik keperawatan guna mempertahankan kompetensi.

Perkembangan kecerdasan buatan yang sedang berkembang kemungkinan besar akan berdampak besar pada layanan Kesehatan dan perawat harus menyadari serta mempersiapkan diri terhadap teknologi-teknologi baru. Perawat medikal bedah adalah

inovator alami karena mereka terus berusaha memberikan perawatan secara aman dan efisien. Sangat penting bagi perawat untuk menerapkan pendekatan terstruktur dalam inovasi dengan meneliti literatur dan berpartisipasi dalam komite serta dewan yang berupaya meningkatkan praktik berbasis bukti.

Perawat medikal bedah mendokumentasikan penilaian pasien, kemajuan menuju tujuan, dan intervensi yang dilakukan dalam EHR. Dokumentasi merupakan bagian penting dari EHR dan dapat diakses oleh tim perawatan interprofesional. Hal ini memungkinkan tim perawatan kesehatan mengetahui perawatan yang diberikan kepada pasien dan respons terhadap intervensi yang telah dilakukan. Dokumentasi klinis mendorong kesinambungan perawatan serta menyoroiti kesenjangan dan peluang untuk intervensi perawatan.

Perawat mengembangkan keterampilan penilaian dan intuisi keperawatan mereka, saat mendokumentasikan data dalam EHR selama periode waktu tertentu, sambil merenungkan fenomena seperti, “Saya pernah melihat ini sebelumnya,” “Saya rasa ini mungkin...,” atau “Saya bertanya-tanya apakah...” Wawasan keperawatan ini, yang diperoleh seiring waktu, membantu perawat berkembang melalui rentang kompetensi dari tahap pemula hingga senior, hingga menjadi praktisi keperawatan spesialis. Dokumentasi juga membantu menyediakan data yang dapat diaudit untuk peningkatan kualitas. Sangat penting bahwa informasi kesehatan yang dilindungi / protected health information (PHI) pasien dijaga

sesuai dengan HIPAA (Health & Human Services, 2022). Perawat harus memiliki pengetahuan tentang Undang-Undang Portabilitas dan Akuntabilitas Asuransi Kesehatan / Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) agar semua PHI diperlakukan secara rahasia. Selain itu, perawat medikal bedah harus melaporkan potensi atau pelanggaran kerahasiaan yang sebenarnya dan membatasi akses serta penyebaran PHI berdasarkan prinsip sesuai kebutuhan.

8. Implikasi Profesional Bagi Praktik

Perawat medikal bedah bekerja sama dengan tim interprofesional untuk memberikan perawatan sesuai dengan lingkup praktik keperawatan. Peran perawat medikal bedah bergantung pada kesiapan perawat, pengalaman klinis, bidang praktik, pendidikan formal dan informal, serta kemampuan untuk berinteraksi dengan pasien dan sistem pendukung.

Perawat medikal bedah menggunakan penilaian klinis dan pengambilan keputusan berdasarkan prinsip-prinsip keperawatan, praktik berbasis bukti, dan pengalaman masa lalu, sambil mempertimbangkan teori, penelitian, dan preferensi pasien.

Perawat medikal bedah profesional memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memungkinkan mereka untuk:

- 1) Membangun hubungan yang efektif dengan pasien dan sistem pendukung untuk memfasilitasi pengembangan

- rencana perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien.
- 2) Menggunakan proses keperawatan untuk mengembangkan dan menerapkan rencana perawatan: mengumpulkan data penilaian pasien, menentukan diagnosis keperawatan yang tepat, mengidentifikasi hasil yang diharapkan dari pasien, menentukan rencana perawatan, menerapkan intervensi, dan mengevaluasi perkembangan pasien.
 - 3) Mengembangkan strategi penilaian dan perawatan berdasarkan dimensi fisik, fungsional, budaya, sosial, ekonomi, perkembangan, spiritual, vokasi, dan gaya hidup dari respons manusia terhadap masalah kesehatan yang nyata maupun potensial.
 - 4) Mengantisipasi dampak penyakit yang nyata atau potensial yang dapat memengaruhi pasien, sistem pendukung, dan masyarakat.
 - 5) Berkoordinasi dan berkolaborasi dengan pasien dan sistem pendukung melalui penjangkauan masyarakat bersama tim antarprofesi untuk menilai kebutuhan, menetapkan tujuan, merencanakan intervensi, memberikan perawatan, dan mengevaluasi hasil perawatan pasien.
 - 6) Menerapkan praktik berbasis bukti dan pengetahuan ilmiah yang ada berdasarkan peran dan ruang lingkup praktik.
 - 7) Berpartisipasi bersama tim interprofesional dalam pengambilan keputusan yang sensitif terhadap budaya, etis,

Keperawatan Medikal Bedah

- legal, holistik, terinformasi, penuh kasih sayang, dan manusiawi, serta dalam batas-batas sumber daya ekonomi yang tersedia.
- 8) Bertindak sebagai pendukung bagi pasien dan sistem pendukungnya.
 - 9) Mendidik pasien dan sistem pendukung serta memobilisasi sumber daya untuk mendukung promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan, dan kenyamanan.
 - 10) Mengidentifikasi indikasi klinis untuk penelitian, berpartisipasi dalam proses penelitian, dan menerapkan temuan ke dalam praktik.
 - 11) Menggunakan standar praktik keperawatan medikal bedah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan kualitas hidup bagi pasien dan sistem pendukung.
 - 12) Memanfaatkan keterampilan kepemimpinan untuk meningkatkan hasil perawatan pasien.
 - 13) Mendorong dan memperjuangkan terciptanya lingkungan praktik yang sehat di tempat kerja dan dalam profesi keperawatan.
 - 14) Bertindak sebagai mentor dan teladan bagi rekan-rekan perawat, mahasiswa, dan pihak lain.
 - 15) Mengevaluasi kualitas dan efektivitas praktik keperawatan.
 - 16) Berkomunikasi secara efektif dengan pasien, sistem pendukung, dan tim antarprofesi.

- 17) Terlibat dalam pengembangan profesional berkelanjutan melalui partisipasi dalam pendidikan berkelanjutan dan sertifikasi.
- 18) Berpartisipasi dalam komite tata kelola dan praktik di tingkat unit, divisi, atau kepemimpinan sistem kesehatan.
- 19) Berpartisipasi dalam organisasi profesi tingkat negara bagian, regional, dan nasional.
- 20) Berpartisipasi dalam pengembangan dan implementasi kebijakan di tingkat sistem kesehatan, negara bagian, regional, atau nasional.
- 21) Memberikan informasi kepada tenaga kesehatan lain dan masyarakat mengenai spesialisasi keperawatan medikal bedah.
- 22) Mendorong keterlibatan profesional dalam pendidikan lanjutan pada tingkat sarjana, magister, dan doktoral.
- 23) Mengembangkan kesadaran politik terkait isu-isu keperawatan dan layanan kesehatan.
- 24) Berpartisipasi dalam refleksi diri untuk memastikan praktik yang kompeten.
- 25) Mendorong keterlibatan profesional dalam sertifikasi dan pendidikan lanjutan.
- 26) Mengintegrasikan teknologi untuk perawatan pasien yang aman dan efisien.

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association (2021). *Nursing: Scope and standards of Practice*. 4th Edition.
- American Association of the Colleges of Nursing (2023). Master's Education.
<https://www.aacnnursing.org/students/nursing-education-pathways/masters-education>
- American Nurses Association (2023). Scope of practice.
<https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice>
- Barrow J.M. & Sharma S. (2022). Five Rights of Nursing Delegation. [Updated 2022 Jul 25]. *StatPearls Publishing*;
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519519/>
- Boehning, A. P., & Haddad, L. M. (2022). *Nursing practice act*. StatPearls.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559012/>
- Fowler, M. D. (2020). *Guide to the code of ethics for nurses with interpretive statements* (3rd ed.). American Nurses Association
- Guo, J., Zhong, Q., Tang, Y. *et al.* (2021). Cultural adaptation, the 3-month efficacy of visual art training on observational and diagnostic skills among nursing students, and satisfaction among students and staff- a mixed method study. *BMC Nurs* 20, <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00646-8>

- Health & Human Services (2022). Summary of the HIPAA rule. <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/security/laws-regulations/index.html>
- Hensel, D., & Billings, D. M. (2019). Strategies to teach the National Council of State Boards of Nursing Clinical Judgment Model. *Nurse Educator*, 45(3), 128–132. <https://doi.org/10.1097/nne.0000000000000773>
- Jemal, K., Hailu, D., Mekonnen, M., Tesfa, B., Bekele, K., & Kenati, T. (2021). The importance of compassion and respectful care for the health workforce: a mixed-methods study. *J Public Health* <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01495-0>
- Malenfant S., Jaggi P., Hayden K.A. & Sinclair S. (2022). Compassion in healthcare: an updated scoping review of the literature. *BMC Palliat Care* 21(1):80. doi: 10.1186/s12904-022-00942-3. PMID: 35585622; PMCID: PMC9116004.
- Motter, T., Hassler, D., & Anthony, M. (2021). The Art of Nursing becomes a celebration of Nurses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 26(2). <https://doi.org/10.3912/ojin.vol26no02ppt72>
- Rosen M.A., DiazGranados D., Dietz A.S., Benishek L.E., Thompson D., Pronovost P.J., & Weaver S.J. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care (2018). *Am Psychol.* 73(4): 433-450. doi:

10.1037/amp0000298. PMID: 29792459; PMCID:
PMC6361117.

Walker F.A., Ball M., Cleary S., Pisani H. (2021). Transparent teamwork: The practice of supervision and delegation within the multi-tiered nursing team. *Nurs Inq.* 28(4): e12413. doi: 10.1111/nin.12413. Epub 2021 Apr 22. PMID: 33886166.

BAB 2

SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Pendahuluan

Keperawatan medikal bedah merupakan salah satu cabang ilmu keperawatan yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan pasien dewasa dengan berbagai gangguan kesehatan, baik yang bersifat medis maupun yang memerlukan tindakan pembedahan. Perkembangan keperawatan medikal bedah tidak dapat dipisahkan dari kemajuan ilmu kedokteran, teknologi kesehatan, serta perubahan paradigma pelayanan kesehatan dari waktu ke waktu (Hinkle, 2021).

Sejarah mencatat bahwa praktik keperawatan telah ada sejak zaman kuno, di mana perawatan dilakukan secara sederhana dan lebih bersifat tradisional. Pada masa tersebut, penyakit sering dikaitkan dengan kekuatan supranatural, sehingga metode perawatan yang dilakukan pun masih sangat terbatas. Namun, seiring berkembangnya ilmu pengetahuan, muncul tokoh seperti Hippocrates yang mulai memperkenalkan konsep rasional bahwa penyakit memiliki penyebab alami, sehingga menjadi dasar berkembangnya praktik medis dan keperawatan secara ilmiah (Lewis, 2021).

Keperawatan Medikal Bedah

Perkembangan signifikan dalam keperawatan terjadi pada abad ke-19 dengan munculnya Florence Nightingale yang dikenal sebagai pelopor keperawatan modern. Ia menekankan pentingnya kebersihan lingkungan, sanitasi, dan observasi pasien dalam proses penyembuhan. Konsep-konsep yang diperkenalkan Nightingale menjadi landasan utama dalam praktik keperawatan, termasuk keperawatan medikal bedah, khususnya dalam perawatan pasien dengan kondisi akut maupun pasca operasi (ANA, 2021).

Memasuki abad ke-20 hingga saat ini, keperawatan medikal bedah berkembang pesat seiring dengan kemajuan teknologi medis, seperti penggunaan alat diagnostik modern, teknik pembedahan yang semakin canggih, serta sistem perawatan intensif. Perawat tidak hanya berperan sebagai pemberi asuhan, tetapi juga sebagai pendidik, advokat pasien, serta bagian dari tim multidisiplin dalam pelayanan kesehatan. Pendekatan keperawatan pun telah bergeser menjadi berbasis *evidence-based practice* yang menekankan penggunaan bukti ilmiah dalam pengambilan keputusan klinis (Ignatavicius, 2021).

Dengan demikian, pemahaman tentang sejarah perkembangan keperawatan medikal bedah menjadi sangat penting bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat, agar dapat memahami peran dan fungsi profesinya secara komprehensif serta mampu memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Sejarah Perkembangan Keperawatan Medikal Bedah

A. Masa Primitif (Sebelum Masehi)

Pada masa primitif, sebelum berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi, praktik keperawatan termasuk keperawatan medikal bedah masih sangat sederhana dan bersifat naluriah. Perawatan terhadap orang sakit umumnya dilakukan oleh anggota keluarga atau kelompok masyarakat tanpa pendidikan khusus. Fokus utama perawatan adalah memenuhi kebutuhan dasar pasien seperti makan, minum, istirahat, serta memberikan rasa nyaman (Alligood, 2018).

Masyarakat pada masa ini memiliki kepercayaan bahwa penyakit disebabkan oleh kekuatan supranatural seperti roh jahat, kutukan, atau murka dewa. Oleh karena itu, metode perawatan seringkali dikaitkan dengan praktik magis, seperti ritual, doa, dan penggunaan jimat. Selain itu, pengobatan juga dilakukan dengan memanfaatkan bahan-bahan alami yang tersedia di lingkungan sekitar, seperti tumbuhan, akar, daun, dan mineral. Praktik ini menjadi cikal bakal pengobatan herbal yang masih digunakan hingga saat ini (Berman, 2021).

Tindakan yang menyerupai keperawatan medikal bedah juga sudah mulai terlihat, meskipun dalam bentuk yang sangat sederhana. Misalnya, masyarakat melakukan perawatan luka akibat cedera dengan membersihkan luka menggunakan air atau ramuan herbal,

Keperawatan Medikal Bedah

serta menutupnya dengan daun atau kain sederhana. Pada beberapa peradaban kuno, tindakan seperti pembukaan luka, pengeluaran benda asing, dan bahkan amputasi sederhana telah dilakukan, meskipun dengan risiko infeksi dan kematian yang sangat tinggi karena belum adanya konsep sterilitas dan antiseptic (Nurjaman, 2025).

Selain itu, perawatan juga dipengaruhi oleh pengalaman empiris yang diwariskan secara turun-temurun. Pengetahuan tentang cara merawat luka, menghentikan perdarahan, dan mengatasi nyeri diperoleh dari observasi dan pengalaman, bukan dari penelitian ilmiah. Hal ini menunjukkan bahwa praktik keperawatan pada masa ini masih bersifat tradisional dan belum terstruktur (Putra Farhandika, 2025).

Secara keseluruhan, masa primitif merupakan tahap awal dalam perkembangan keperawatan medikal bedah. Meskipun masih sangat sederhana, praktik-praktik yang dilakukan pada masa ini menjadi dasar bagi perkembangan ilmu keperawatan di masa selanjutnya, terutama dalam hal perawatan luka dan penggunaan bahan alami sebagai terapi.

B. Masa Keagamaan (Peradaban Kuno- Abad Pertengahan)

Pada masa keagamaan, perkembangan keperawatan medikal bedah sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai spiritual dan kepercayaan religius. Penyakit pada masa ini umumnya dianggap sebagai akibat

dari dosa, kutukan, atau ujian dari Tuhan. Oleh karena itu, pendekatan perawatan tidak hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga pada aspek spiritual (Wyatt, 2019).

Perawatan orang sakit banyak dilakukan di tempat-tempat ibadah seperti kuil, gereja, dan biara. Para pemuka agama seperti pendeta, biarawan, dan biarawati berperan sebagai perawat yang memberikan pelayanan kepada orang sakit. Mereka memberikan perawatan dasar seperti membantu makan, menjaga kebersihan, serta memberikan kenyamanan, disertai dengan doa dan ritual keagamaan sebagai bagian dari proses penyembuhan (Maggs, 2025).

Dalam konteks keperawatan medikal bedah, tindakan yang dilakukan masih sederhana. Perawatan luka, penghentian perdarahan, dan penggunaan ramuan herbal mulai berkembang berdasarkan pengalaman empiris. Di beberapa peradaban kuno seperti Mesir, Yunani, dan Romawi, telah dikenal teknik dasar dalam merawat cedera dan melakukan tindakan bedah sederhana. Tokoh seperti Hippocrates mulai memperkenalkan pendekatan rasional terhadap penyakit, meskipun masih terbatas (Harianto, 2025).

Pada Abad Pertengahan, perkembangan ilmu kedokteran sempat mengalami kemunduran di Eropa karena dominasi gereja yang lebih menekankan aspek spiritual dibandingkan ilmiah. Namun demikian, pelayanan terhadap orang sakit tetap berkembang melalui organisasi keagamaan. Banyak rumah sakit didirikan oleh

gereja dan kelompok religius untuk merawat orang miskin, korban perang, dan penderita penyakit kronis (McAllister, 2023).

Di sisi lain, dunia Islam justru mengalami kemajuan pesat dalam bidang kedokteran dan perawatan kesehatan. Rumah sakit modern mulai berkembang, dan praktik medis serta bedah menjadi lebih sistematis. Hal ini turut memberikan kontribusi terhadap perkembangan awal keperawatan medikal bedah, terutama dalam hal perawatan luka dan pengelolaan pasien (Smith, 2020).

Secara keseluruhan, masa keagamaan menjadi fase penting dalam sejarah keperawatan medikal bedah karena mulai adanya sistem pelayanan kesehatan terorganisir, meskipun masih didominasi oleh pendekatan spiritual. Nilai-nilai kepedulian, empati, dan pelayanan tanpa pamrih yang berkembang pada masa ini menjadi dasar penting bagi praktik keperawatan modern.

C. Masa Pra-Modern (Abad Ke-17- Awal Abad Ke -19)

Masa pra-modern merupakan periode transisi penting dalam perkembangan keperawatan medikal bedah sebelum munculnya keperawatan modern. Pada masa ini, praktik keperawatan mulai menunjukkan perubahan, namun masih jauh dari standar profesional seperti saat ini. Pelayanan keperawatan umumnya belum terorganisir dengan baik dan masih dipengaruhi oleh kondisi sosial, ekonomi, serta rendahnya pemahaman ilmiah tentang kesehatan dan penyakit (Royal College of Nursing, 2021).

Pada abad ke-17 hingga awal abad ke-19, kondisi rumah sakit di Eropa umumnya sangat buruk. Rumah sakit lebih berfungsi sebagai tempat penampungan orang sakit, miskin, dan terlantar daripada sebagai institusi penyembuhan. Lingkungan yang tidak higienis, ventilasi yang buruk, serta kurangnya sanitasi menyebabkan tingginya angka infeksi dan kematian. Hal ini sangat mempengaruhi praktik keperawatan medikal bedah, terutama dalam perawatan luka dan pasien pasca operasi yang rentan terhadap infeksi (Butcher, 2018).

Perawat pada masa ini sebagian besar tidak memiliki pendidikan formal. Profesi keperawatan sering dianggap rendah dan tidak terhormat. Banyak perawat direkrut dari kalangan masyarakat dengan latar belakang pendidikan rendah, bahkan tidak jarang berasal dari mantan narapidana atau individu yang tidak memiliki pekerjaan lain. Akibatnya, kualitas pelayanan keperawatan sangat terbatas dan kurang profesional (Hallett, 2021).

Dalam konteks keperawatan medikal bedah, tindakan perawatan mulai berkembang seiring kemajuan ilmu kedokteran, meskipun masih terbatas. Tindakan bedah seperti amputasi, pengangkatan tumor, dan penanganan luka mulai dilakukan oleh ahli bedah. Salah satu tokoh penting dalam perkembangan bedah pada masa ini adalah Ambroise Paré, yang dikenal sebagai pelopor teknik bedah modern. Ia memperkenalkan metode perawatan luka yang lebih manusiawi dan penggunaan ligatur untuk menghentikan

perdarahan, menggantikan metode kauterisasi yang menyakitkan (Fajriyah, 2023).

Namun demikian, tindakan bedah masih memiliki risiko tinggi karena belum ditemukannya anestesi dan antiseptik secara luas. Pasien sering mengalami rasa nyeri hebat selama operasi dan berisiko tinggi mengalami infeksi pasca operasi. Peran perawat dalam situasi ini sangat penting, terutama dalam membantu perawatan luka, menjaga kebersihan pasien, serta memberikan dukungan fisik dan emosional (PPNI, 2024).

Selain itu, perkembangan ilmu pengetahuan mulai menunjukkan kemajuan pada akhir periode ini, yang ditandai dengan meningkatnya perhatian terhadap pentingnya kebersihan dan lingkungan dalam proses penyembuhan. Meskipun belum sistematis, hal ini menjadi dasar bagi perubahan besar dalam praktik keperawatan di masa selanjutnya (Alligood, 2018).

Secara keseluruhan, masa pra-modern merupakan fase yang menunjukkan berbagai keterbatasan dalam praktik keperawatan medikal bedah, baik dari segi pengetahuan, keterampilan, maupun sistem pelayanan. Namun, periode ini juga menjadi landasan penting bagi munculnya reformasi besar dalam keperawatan modern yang dipelopori oleh Florence Nightingale pada abad ke-19.

D. Masa Modern Awal (Abad ke-19)

Sejarah perkembangan keperawatan medikal bedah pada masa modern awal (abad ke-19) merupakan titik penting dalam

transformasi keperawatan dari praktik tradisional menjadi profesi yang terorganisir, ilmiah, dan berbasis pendidikan. Periode ini sangat dipengaruhi oleh perubahan sosial, kemajuan ilmu pengetahuan, serta munculnya tokoh-tokoh penting yang membentuk dasar keperawatan modern (Maggs, 2025).

Salah satu tokoh utama dalam perkembangan ini adalah Florence Nightingale. Ia dikenal sebagai pelopor keperawatan modern yang membawa perubahan besar dalam praktik keperawatan, terutama selama Perang Krimea. Dalam perang tersebut, Nightingale menerapkan prinsip kebersihan lingkungan, ventilasi yang baik, serta pencatatan data pasien secara sistematis. Hasilnya, angka kematian pasien menurun drastis, yang menunjukkan pentingnya perawatan yang berbasis lingkungan dan observasi klinis (Berman, 2021).

Pada abad ke-19, keperawatan mulai mengalami profesionalisasi. Hal ini ditandai dengan berdirinya sekolah keperawatan pertama yang terstruktur, yaitu Nightingale Training School for Nurses pada tahun 1860. Sekolah ini menjadi model bagi pendidikan keperawatan di seluruh dunia, termasuk dalam bidang keperawatan medikal bedah, dengan penekanan pada keterampilan klinis, disiplin, dan etika profesi (Harianto, 2025).

Perkembangan keperawatan medikal bedah juga tidak terlepas dari kemajuan ilmu kedokteran, khususnya dalam bidang pembedahan. Ditemukannya teknik anestesi oleh William T. G. Morton pada tahun 1846 memungkinkan tindakan operasi dilakukan tanpa rasa nyeri,

Keperawatan Medikal Bedah

sehingga meningkatkan jumlah dan kompleksitas prosedur bedah. Selain itu, teori kuman penyakit yang dikembangkan oleh Louis Pasteur dan penerapan antisepsis oleh Joseph Lister membawa perubahan besar dalam pencegahan infeksi (Berman, 2021).

Dengan adanya kemajuan tersebut, peran perawat dalam bidang medikal bedah semakin kompleks. Perawat tidak hanya bertugas merawat pasien secara umum, tetapi juga membantu dalam prosedur operasi, menjaga sterilitas alat, memantau kondisi pasien pascaoperasi, serta memberikan edukasi kesehatan. Standar praktik mulai dikembangkan, dan keperawatan menjadi bagian integral dari sistem pelayanan Kesehatan (Hallett, 2021).

Secara keseluruhan, abad ke-19 merupakan masa transisi penting dalam keperawatan medikal bedah, dari praktik berbasis pengalaman menuju profesi yang berbasis ilmu pengetahuan, pendidikan formal, dan standar praktik yang jelas. Periode ini menjadi fondasi bagi perkembangan keperawatan modern yang kita kenal saat ini.

E. Masa Spesialisasi (Awal Abad ke-20)

Sejarah perkembangan keperawatan medikal bedah pada masa spesialisasi (awal abad ke-20) ditandai dengan semakin kompleksnya pelayanan kesehatan dan meningkatnya kebutuhan akan tenaga perawat yang memiliki keterampilan khusus. Pada periode ini, keperawatan tidak lagi bersifat umum, tetapi mulai

berkembang ke arah spesialisasi sesuai dengan bidang pelayanan, termasuk keperawatan medikal bedah (Fajriyah, 2023).

Perkembangan ini dipengaruhi oleh kemajuan pesat dalam ilmu kedokteran dan teknologi kesehatan. Penemuan sinar-X oleh Wilhelm Conrad Röntgen pada tahun 1895, serta perkembangan teknik pembedahan yang semakin maju, menyebabkan meningkatnya kebutuhan akan perawatan pasien dengan kondisi yang lebih kompleks. Hal ini menuntut perawat untuk memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus dalam menangani pasien preoperatif, intraoperatif, dan postoperative (McAllister, 2023).

Selain itu, dampak dari Perang Dunia I juga mempercepat perkembangan spesialisasi keperawatan. Banyaknya korban luka dan kebutuhan penanganan medis yang cepat dan tepat membuat perawat harus memiliki kompetensi khusus dalam perawatan luka, trauma, dan rehabilitasi. Pada masa ini, perawat mulai dilatih secara khusus untuk menangani kasus-kasus bedah dan kondisi medis berat (Nurjaman, 2025).

Tokoh penting lain yang berperan dalam pengembangan pendidikan keperawatan adalah Mary Adelaide Nutting. Ia berkontribusi dalam mengintegrasikan pendidikan keperawatan ke dalam sistem pendidikan tinggi, sehingga meningkatkan kualitas dan standar profesi perawat. Dengan adanya pendidikan formal yang lebih tinggi, muncul kurikulum yang lebih terstruktur, termasuk dalam bidang keperawatan medikal bedah (Royal, 2021).

Keperawatan Medikal Bedah

Organisasi profesi juga mulai berkembang pada masa ini, seperti American Nurses Association yang berperan dalam menetapkan standar praktik, etika, dan pendidikan keperawatan. Standarisasi ini mendorong terbentuknya bidang-bidang spesialis, termasuk keperawatan medikal bedah sebagai salah satu fokus utama (Smith, 2020).

Dalam praktiknya, perawat medikal bedah mulai memiliki peran yang lebih spesifik, seperti:

- a. Melakukan observasi dan monitoring kondisi pasien secara intensif
- b. Membantu tindakan medis dan prosedur bedah
- c. Mengelola perawatan luka dan infeksi
- d. Memberikan perawatan pascaoperasi secara komprehensif
- e. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya (Nurjaman, 2025).

Dengan demikian, awal abad ke-20 merupakan masa penting dalam perkembangan keperawatan medikal bedah menuju spesialisasi. Perawat mulai dipandang sebagai tenaga profesional dengan kompetensi khusus, didukung oleh pendidikan formal, perkembangan ilmu pengetahuan, serta kebutuhan pelayanan kesehatan yang semakin kompleks. Periode ini menjadi dasar bagi lahirnya berbagai spesialisasi keperawatan yang lebih lanjut di masa modern.

F. Masa Profesionalisasi (Pertengahan Abad ke-20)

Sejarah perkembangan keperawatan pada masa profesionalisasi (pertengahan abad ke-20) merupakan fase penting yang menandai pengakuan keperawatan sebagai profesi mandiri dengan standar praktik, pendidikan tinggi, dan landasan ilmiah yang kuat. Periode ini berlangsung sekitar tahun 1940–1960-an, setelah dampak besar dari Perang Dunia II yang mempercepat kemajuan di bidang Kesehatan (Alligood, 2018).

Salah satu ciri utama masa ini adalah meningkatnya kebutuhan tenaga perawat profesional akibat banyaknya korban perang dan berkembangnya rumah sakit modern. Kondisi ini mendorong peningkatan kualitas pendidikan keperawatan, yang sebelumnya berbasis rumah sakit menjadi berbasis institusi pendidikan tinggi seperti universitas. Tokoh penting dalam pengembangan teori keperawatan adalah Hildegard E. Peplau yang memperkenalkan konsep hubungan interpersonal dalam praktik keperawatan, serta Virginia Henderson yang menekankan peran perawat dalam membantu pasien memenuhi kebutuhan dasarnya (Berman, 2021). Pada masa ini juga mulai berkembang teori-teori keperawatan sebagai dasar praktik profesional. Keperawatan tidak lagi hanya berfokus pada tindakan medis, tetapi juga pada pendekatan holistik yang mencakup aspek biologis, psikologis, dan sosial pasien. Hal ini memperkuat identitas keperawatan sebagai disiplin ilmu tersendiri (Butcher, 2018).

Keperawatan Medikal Bedah

Organisasi profesi semakin berperan dalam meningkatkan standar keperawatan, seperti International Council of Nurses yang aktif dalam menetapkan kode etik dan standar praktik global. Selain itu, American Nurses Association juga berperan dalam pengembangan regulasi, lisensi, dan sertifikasi perawat (Hallett, 2021).

Perkembangan teknologi medis seperti antibiotik (misalnya penemuan Penicillin) dan alat-alat medis modern turut meningkatkan kompleksitas pelayanan kesehatan. Hal ini menuntut perawat untuk memiliki kompetensi yang lebih tinggi serta kemampuan berpikir kritis dalam pengambilan keputusan klinis (Harianto, 2025).

Pada masa profesionalisasi ini, peran perawat semakin luas, meliputi:

- a. Pemberi asuhan keperawatan secara mandiri
- b. Pendidik bagi pasien dan keluarga
- c. Anggota tim kesehatan yang berkolaborasi
- d. Peneliti dalam pengembangan ilmu keperawatan
- e. Pengelola pelayanan keperawatan.

Dengan demikian, masa pertengahan abad ke-20 merupakan tonggak penting dalam menjadikan keperawatan sebagai profesi yang diakui secara global. Keperawatan berkembang menjadi disiplin ilmu yang memiliki teori, standar praktik, serta sistem pendidikan yang jelas, sehingga mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berorientasi pada kebutuhan pasien secara menyeluruh (Putra, 2025).

G. Masa Modern dan Teknologi (Akhir Abad ke 20 – sekarang)

Sejarah perkembangan keperawatan medikal bedah pada masa modern dan teknologi (akhir abad ke-20 hingga sekarang) ditandai dengan kemajuan pesat dalam ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan, serta meningkatnya kompleksitas pelayanan pasien. Periode ini menunjukkan transformasi keperawatan menjadi profesi yang sangat berbasis ilmu, teknologi, dan praktik berbasis bukti (*evidence-based practice*) (Royal, 2021).

Salah satu faktor utama yang mempengaruhi perkembangan ini adalah kemajuan teknologi medis. Penggunaan alat diagnostik canggih seperti CT scan, MRI, serta teknologi minimal invasif (laparoskopi) telah mengubah praktik pembedahan. Dalam konteks ini, perawat medikal bedah dituntut untuk memiliki kompetensi tinggi dalam mengoperasikan dan memahami teknologi tersebut, serta melakukan pemantauan pasien secara intensif, terutama di unit perawatan kritis seperti ICU (Wyatt, 2019).

Selain itu, perkembangan teknologi informasi juga berperan besar. Sistem rekam medis elektronik yang dikembangkan oleh perusahaan seperti Epic Systems memungkinkan perawat untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lebih akurat, cepat, dan terintegrasi. Hal ini meningkatkan kualitas pelayanan serta keselamatan pasien (Smith, 2020).

Konsep *evidence-based practice* menjadi landasan utama dalam keperawatan modern, didukung oleh organisasi seperti World

Keperawatan Medikal Bedah

Health Organization dan International Council of Nurses. Perawat dituntut untuk menggunakan hasil penelitian terbaru dalam pengambilan keputusan klinis, sehingga asuhan yang diberikan lebih efektif dan efisien (Butcher, 2018).

Perkembangan spesialisasi dalam keperawatan medikal bedah juga semakin luas, seperti perawat kardiovaskular, perawat onkologi, perawat nefrologi, dan perawat kritis. Hal ini menunjukkan bahwa kebutuhan pasien semakin kompleks dan membutuhkan penanganan yang lebih spesifik (Harianto, 2025).

Di sisi lain, munculnya teknologi robotik dalam bedah, seperti sistem operasi berbasis robot (contohnya Da Vinci Surgical System), menuntut perawat untuk beradaptasi dengan peran baru dalam tim bedah. Perawat tidak hanya berfungsi sebagai asisten, tetapi juga sebagai koordinator teknologi dan keselamatan pasien selama prosedur berlangsung (Nurjaman, 2025).

Peran perawat medikal bedah pada masa ini meliputi:

- a. Memberikan asuhan keperawatan berbasis bukti
- b. Mengoperasikan dan memantau teknologi medis canggih
- c. Berpartisipasi dalam tim multidisiplin
- d. Melakukan edukasi pasien berbasis teknologi
- e. Terlibat dalam penelitian dan pengembangan praktik keperawatan

Selain itu, isu keselamatan pasien (*patient safety*), kualitas pelayanan, dan etika profesi menjadi fokus utama dalam praktik keperawatan modern. Pendekatan holistik tetap dipertahankan,

namun didukung oleh teknologi dan data yang lebih akurat (Putra, 2025).

Dengan demikian, masa modern dan teknologi menunjukkan bahwa keperawatan medikal bedah telah berkembang menjadi profesi yang sangat kompleks, adaptif, dan berbasis ilmu pengetahuan serta teknologi. Perawat tidak hanya berperan sebagai pelaksana perawatan, tetapi juga sebagai pengambil keputusan klinis, inovator, dan peneliti dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood Martha Raile. (2018). *Nursing Theorists and Their Work* (9th ed.). St. Louis: Elsevier.
- American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and Standards of Practice*. Silver Spring, MD: ANA.
- Berman Audrey, Snyder Shirlee, & Frandsen Geralyn. (2021). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing*. Boston: Pearson.
- Butcher Howard K., Bulechek Gloria M., Dochterman Joanne M., & Wagner Cheryl M.. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Fajriyah Novita, dkk. (2023). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Kardiovaskular Berdasarkan 3S*. Eureka Media Aksara.
- Hallett, Christine. (2021). *The History of Nursing*. London: Routledge.
- Hariato, D. (2025). Kajian multiperspektif keperawatan medikal bedah berbasis literature review. *Corona: Jurnal Ilmu Kesehatan*
- Hinkle, Janice L., & Cheever, Kerry H.. (2021). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ignatavicius, Donna D., & Workman, M. Linda. (2021). *Medical-Surgical Nursing: Concepts for Interprofessional Collaborative Care*. St. Louis: Elsevier.
- Lewis, Sharon L., Bucher, Linda, Heitkemper, Margaret M., & Harding, Mariann M.. (2020). *Medical-Surgical Nursing:*

- Assessment and Management of Clinical Problems*. St. Louis: Elsevier.
- Maggs, Christopher J.. (2025). *Nursing History: The State of the Art*. Routledge
- McAllister, Margaret, et al. (2023). *The power of the past: A roadmap for integrating nursing history into the curriculum*. Journal of Professional Nursing.
- Nurjaman Iman, dkk. (2025). *Keperawatan Medikal Bedah*. PT Media Pustaka Indo.
- Putra Farhandika, dkk. (2025). *Menyelami Dunia Keperawatan Medikal Bedah: Panduan Teori dan Praktik*. Bukuloka.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2024). *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*.
- Royal College of Nursing. (2021). *History of Nursing: Subject Guide*. London: RCN.
- Smith, Kylie M.. (2020). *Facing history for the future of nursing*. Journal of Clinical Nursing, 29(9–10), 1429–1431.
- Wyatt, Louise. (2019). *A History of Nursing*. Amberley Publishing.

BAB 3

PENGAJIAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA PASIEN DEWASA

Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak dasar manusia, namun dalam perjalanannya, individu dapat mengalami penurunan status kesehatan akibat berbagai faktor seperti penyakit, gaya hidup, maupun lingkungan. Pada pasien dewasa, permasalahan kesehatan seringkali bersifat kompleks, tidak hanya melibatkan fisik (biologis), tetapi juga mempengaruhi aspek psikologis, sosial, dan spiritual (Misbach, 2013).

Pengkajian keperawatan adalah langkah pertama dan pondasi utama dalam proses keperawatan yang sistematis. Pengkajian yang komprehensif (menyeluruh) diperlukan untuk mengumpulkan data dasar yang akurat, mengenali kebutuhan pasien, serta mengidentifikasi kekuatan dan masalah kesehatan yang dihadapi. Dengan pendekatan holistik, perawat dapat menentukan diagnosis keperawatan yang tepat dan merencanakan intervensi yang efektif untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien secara optimal (Effendy 1995, dalam Dermawan, 2012).

Tanpa pengkajian yang komprehensif, risiko terjadinya kesalahan dalam diagnosis dan ketidakefektifan rencana asuhan

keperawatan akan meningkat, karena perawat cenderung hanya fokus pada kebutuhan biologis/fisik semata (B. Antonelda marled wowo, 2018).

A. Pengertian

Pengkajian keperawatan komprehensif pada pasien dewasa adalah proses sistematis pengumpulan data menyeluruh biologis, psikologis, sosial, dan spiritual saat masuk rumah sakit untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan. Ini mencakup anamnesa, pemeriksaan fisik, dan data penunjang (laboratorium/diagnostik), guna menyusun rencana asuhan yang tepat.

1. Komponen Data Komprehensif (Bio, Psiko, Sosio, Spiritual)
 - a. Data Biologis (Fisik):
 1. Tanda-tanda Vital: Tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, dan saturasi oksigen.
 2. Pemeriksaan Fisik Head-to-Toe: Inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada sistem pernapasan, kardiovaskular, neurologis, pencernaan, integumen, dan muskuloskeletal.
 3. Pola Aktivitas Sehari-hari: Nutrisi, eliminasi, istirahat-tidur, dan kebersihan diri.
 - b. Data Psikologis: Status mental, tingkat kecemasan, koping terhadap penyakit, dan konsep diri.
 - c. Data Sosial: Hubungan interpersonal, dukungan keluarga, status ekonomi, dan lingkungan tempat tinggal.

- d. Data Spiritual: Nilai-nilai, keyakinan, dan praktik ibadah yang dianut pasien (Betman et al, 2022)

B. Tujuan pengkajian

Tujuan dilakukannya pengkajian keperawatan komprehensif pada pasien dewasa meliputi:

1. Mengumpulkan data: Memperoleh data dasar yang akurat, sistematis, dan objektif mengenai status kesehatan pasien, mencakup aspek bio-psiko-sosio-spiritual.
2. Identifikasi Masalah: Mengenali masalah keperawatan, kebutuhan, dan kekuatan pasien.
3. Dasar Perencanaan: Memberikan data dasar untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang akurat dan menyusun rencana asuhan keperawatan.
4. Evaluasi: Menilai perubahan kondisi pasien dan efektivitas intervensi yang diberikan (Manurung, 2011).

C. Komponen Pengkajian Komprehensif

Pengkajian pada pasien dewasa meliputi beberapa komponen penting:

1. Identitas Pasien: Data demografi pasien.
2. Riwayat Kesehatan: Keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, dan keluarga.
3. Pengkajian Fisik (Fisik-Biologis): Pemeriksaan dari kepala hingga kaki (head-to-toe) dan tanda-tanda vital.

4. Pengkajian Fungsional: Kemampuan pasien dalam pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari.
5. Psikososial dan Spiritual: Status mental, dukungan sosial, dan kebutuhan spiritual (Berman et al, 2022).

D. Manfaat Pengkajian

Pelaksanaan pengkajian komprehensif bermanfaat bagi:

1. Pasien: Mendapatkan pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu, aman, efektif, dan efisien.
2. Perawat: Meningkatkan kemampuan berpikir kritis, analitis, dan keterampilan teknis dalam memberikan asuhan.
3. Rumah Sakit/Institusi: Meningkatkan citra rumah sakit dan kualitas layanan, serta menjadi dokumen legal yang akurat.

Komponen Pengkajian Komprehensif

Berdasarkan standar asuhan keperawatan, pengkajian ini meliputi beberapa elemen kunci:

- Identitas Pasien: Nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan alamat.
- Riwayat Kesehatan:
 - Keluhan Utama: Alasan utama pasien mencari bantuan medis.
 - Riwayat Penyakit Sekarang: Kronologi munculnya gejala hingga saat ini.
 - Riwayat Penyakit Dahulu: Penyakit kronis, operasi, atau alergi yang pernah dialami.

- Riwayat Kesehatan Keluarga: Penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.
- Pemeriksaan Fisik (Head to Toe): Dilakukan melalui teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mendeteksi kelainan fisik.
- Pengkajian Psikososial & Spiritual: Menilai tingkat kecemasan, mekanisme koping, dukungan sosial, serta keyakinan spiritual pasien dalam menghadapi penyakitnya.
- Data Penunjang: Hasil laboratorium, pemeriksaan radiologi (X-ray, CT Scen), dan rekam medik sebelumnya.

Metode Pengumpulan Data

Perawat menggunakan kombinasi beberapa metode untuk mendapatkan data yang akurat:

1. Wawancara (Anamnesa): Tanya jawab langsung dengan pasien (auto-anamnesa) atau keluarga (alo-anamnesa).
2. Observasi: Pengamatan langsung terhadap perilaku, tanda-tanda klinis, dan lingkungan pasien.
3. Pemeriksaan Fisik: Evaluasi objektif terhadap sistem tubuh.

Peran Pengkajian dalam Proses Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dan paling kritis dari lima tahap proses keperawatan (Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi). Tanpa data pengkajian yang kuat, perawat tidak dapat merumuskan diagnosa yang tepat atau

merencanakan intervensi yang efektif untuk mengatasi masalah kesehatan pasien.

Berikut adalah panduan format lembar pengkajian komprehensif menggunakan model 11 Pola Fungsional Gordon dan contoh ringkas pada kasus hipertensi.

1. Format Lembar Pengkajian Komprehensif

Format ini mencakup data identitas, riwayat, dan pola fungsional untuk mendapatkan gambaran kesehatan yang utuh.

- Identitas Pasien: Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, diagnosa medis, dan tanggal pengkajian.
- Riwayat Kesehatan:
 - Keluhan Utama: Gejala yang paling dirasakan saat ini (misal: nyeri kepala, sesak).
 - Riwayat Penyakit Sekarang: P (Provokatif), Q (Quality), R (Region), S (Severity), T (Time).
 - Riwayat Penyakit Dahulu: Alergi, riwayat mondok, atau penyakit kronis.
- Pola Fungsional (11 Pola Gordon):
 - Persepsi & Manajemen Kesehatan: Pandangan pasien terhadap kesehatan dan kepatuhan pengobatan.
 - Nutrisi & Metabolik: Pola makan, asupan cairan, kondisi kulit/mukosa.

- Eliminasi: Kebiasaan BAB dan BAK (frekuensi, konsistensi, warna).
- Aktivitas & Latihan: Kemampuan melakukan ADL (mandi, berpakaian, mobilitas) secara mandiri atau dibantu.
- Istirahat & Tidur: Kualitas, durasi, dan gangguan tidur.
- Kognitif & Perseptual: Status mental, fungsi panca indera, dan nyeri.
- Persepsi Diri & Konsep Diri: Gambaran diri, harga diri, dan identitas diri.
- Peran & Hubungan: Hubungan dengan keluarga dan masyarakat.
- Seksualitas & Reproduksi: Masalah fungsi atau riwayat reproduksi.
- Koping & Toleransi Stres: Cara pasien mengatasi masalah atau kecemasan.
- Nilai & Keyakinan: Praktik spiritual dan nilai hidup pasien.

2. Contoh Pengkajian: Pasien Dewasa dengan Hipertensi

Berdasarkan data klinis umum pada kasus hipertensi:

Table 1. Tabel Data Klinis Umum pada Hipertensi

Komponen	Temuan Pengkajian (Contoh Data)
Keluhan Utama	Pasien mengeluh pusing dan tengkuk terasa berat.

Keperawatan Medikal Bedah

Tanda Vital	TD: 170/100 mmHg, Nadi: 92x/mnt, RR: 20x/mnt, Suhu: 36.5°C.
Pola Nutrisi	Konsumsi makanan asin tinggi, kopi >3 gelas/hari.
Pola Koping	Pasien tampak cemas dan gelisah karena sakitnya.
Pemeriksaan Fisik	B2 (Blood): Tekanan darah meningkat, akral kadang dingin.
Data Penunjang	Hasil laboratorium: Kolesterol tinggi, EKG menunjukkan LVH (hipertrofi ventrikel kiri).

Sumber Terkait:

- Untuk referensi format lengkap, Anda dapat melihat Kementerian Kesehatan RI format Asuhan atau Format Pengkajian KMB Poltek.

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien dewasa (khususnya dengan kondisi seperti hipertensi atau masalah umum lainnya), berikut adalah Diagnosa Keperawatan yang paling sering muncul menggunakan standar SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia):

1. Diagnosa Fisiologis

- Risiko Penurunan Curah Jantung: Berhubungan dengan perubahan kontraktilitas atau beban kerja jantung yang meningkat (umum pada Hipertensi).

- Nyeri Akut: Berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (misal: peningkatan tekanan vaskular serebral yang menyebabkan sakit kepala).
 - Intoleransi Aktivitas: Berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (pasien cepat lelah saat bergerak).
2. Diagnosa Psikologis & Perilaku
- Ansietas (Kecemasan): Berhubungan dengan kurang terpapar informasi atau ancaman terhadap status kesehatan.
 - Defisit Pengetahuan: Berhubungan dengan kurang terpapar informasi mengenai manajemen penyakit atau gaya hidup sehat.
 - Ketidakpatuhan: Berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman terhadap instruksi pengobatan atau hambatan finansial/budaya.
3. Diagnosa Terkait Gaya Hidup
- Defisit Nutrisi atau Berat Badan Lebih: Berhubungan dengan faktor ekonomi atau kurangnya asupan nutrisi yang tepat.
 - Gangguan Pola Tidur: Berhubungan dengan hambatan lingkungan atau nyeri yang dirasakan.

Contoh Penulisan Diagnosa (Format PES)

Nyeri akut (P) berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Vaskuler Serebral (E) dibuktikan dengan Pasien mengeluh pusing skala nyeri 6, tampak meringis, dan TD 170/100 mmHg (S).

Berdasarkan diagnosa yang telah kita bahas, berikut adalah rencana intervensi keperawatan menggunakan standar SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) untuk pasien dewasa dengan hipertensi/nyeri:

1. Intervensi untuk Diagnosa: Nyeri Akut

Tujuan (SLKI): Tingkat nyeri menurun dalam 1x24 jam.

- Manajemen Nyeri (Utama):
 - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri.
 - Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: Teknik Relaksasi Nafas Dalam atau kompres hangat pada tengkuk).
 - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
 - Fasilitasi istirahat dan tidur.
 - Kolaborasi pemberian analgetik atau antihipertensi jika perlu.

2. Intervensi untuk Diagnosa: Risiko Penurunan Curah Jantung

Tujuan (SLKI): Curah jantung meningkat (tanda vital stabil).

- Perawatan Jantung:

- Monitor tekanan darah secara berkala (tiap 4-8 jam).
- Monitor saturasi oksigen dan keluhan nyeri dada.
- Anjurkan beraktivitas secara bertahap sesuai toleransi.
- Anjurkan berhenti merokok dan batasi asupan kafein/garam.

3. Intervensi untuk Diagnosa: Defisit Pengetahuan

Tujuan (SLKI): Tingkat pengetahuan meningkat.

- Edukasi Kesehatan:
 - Jelaskan faktor risiko yang dapat diubah (diet, obesitas, merokok).
 - Ajarkan diet rendah garam/lemak (diet DASH).
 - Ajarkan cara pemantauan tekanan darah mandiri di rumah.
 - Jelaskan pentingnya kepatuhan minum obat seumur hidup untuk mencegah komplikasi (stroke/gagal ginjal).

Berikut adalah contoh pendokumentasian Evaluasi Keperawatan menggunakan format SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) untuk memantau perkembangan pasien tersebut:

Table 2. Tabel Evaluasi Keperawatan (SOAP)

Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Nyeri Akut	S: Pasien mengatakan pusing dan berat di tengkuk sudah

berkurang.

O: Pasien tampak lebih tenang, Skala nyeri 2 (ringan),

TD: 140/90 mmHg.

A: Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian.

P: Lanjutkan intervensi (Monitor TD, teknik relaksasi,

dan pemberian obat antihipertensi sesuai jadwal).

Defisit Pengetahuan S: Pasien mengatakan sudah mengerti mengapa tidak boleh makan asin berlebihan.

O: Pasien mampu menyebutkan 3 jenis makanan yang harus dihindari (ikan asin, kalengan, santan).

A: Masalah Defisit Pengetahuan teratasi.

P: Hentikan intervensi edukasi, motivasi pasien untuk mempertahankan pola makan sehat di rumah.

Risiko Penurunan Curah Jantung S: Pasien mengatakan tidak ada sesak napas atau nyeri dada.

O: Akral hangat, pengisian kapiler (CRT) < 2 detik, Nadi teratur 84x/menit.

A: Masalah risiko tidak menjadi aktual (terkontrol).

P: Lanjutkan pemantauan tanda-tanda vital secara berkala.

Tips Dokumentasi:

- S (Subjective): Berisi data apa adanya dari keluhan pasien.

- O (Objective): Berisi data yang bisa diukur (tanda vital, hasil lab, perilaku yang tampak).
- A (Assessment): Kesimpulan apakah masalah "Teratasi", "Teratasi Sebagian", atau "Belum Teratasi".
- P (Plan): Keputusan apakah rencana tindakan "Dilanjutkan", "Dimodifikasi", atau "Dihentikan".

Karena Anda memilih keduanya, saya akan merangkum poin-poin penting dalam Dokumentasi Keperawatan yang legal dan contoh kerangka Laporan Pendahuluan (LP) yang sering diminta saat praktik klinik.

1. Prinsip Dokumentasi Keperawatan yang Legal (Legalitas)
Dokumentasi bukan sekadar catatan, tapi bukti hukum asuhan yang telah Anda berikan. Prinsip utamanya adalah:

- Faktual & Akurat: Catat apa yang Anda lihat, dengar, dan lakukan. Jangan gunakan kata sifat subjektif seperti "pasien tampak malas," tapi gunakan "pasien menolak makan."
- Tepat Waktu (Real-time): Segera catat setelah tindakan dilakukan (terutama pemberian obat high-alert).
- Lengkap & Ringkas: Gunakan singkatan baku yang disetujui instansi.
- Otentik: Setiap catatan harus diakhiri dengan nama terang, tanda tangan, atau ID digital (pada EMR).
- Prinsip Emas: "Jika tidak dicatat, berarti tidak dilakukan."

2. Struktur Laporan Pendahuluan (LP) Komprehensif

LP adalah rangkuman teori yang harus Anda kuasai sebelum melakukan asuhan pada pasien. Berikut sistematikanya:

- Konsep Teori Penyakit:
 - Definisi: Apa penyakit tersebut?
 - Etiologi: Penyebab (bakteri, gaya hidup, degeneratif).
 - Manifestasi Klinis: Tanda dan gejala khas.
 - Patofisiologi: Proses terjadinya penyakit (biasanya dibuat dalam bentuk bagan/WOC - Web of Caution).
 - Pemeriksaan Penunjang: Lab, rontgen, USG.
 - Penatalaksanaan: Medis dan Keperawatan.
- Rencana Asuhan Keperawatan (Teori):
 - Pengkajian fokus berdasarkan sistem tubuh atau pola Gordon.
 - Daftar diagnosa keperawatan yang mungkin muncul (SDKI).
 - Rencana intervensi (SIKI) dan kriteria hasil (SLKI).

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., Snyder, S. J. & Frandsen, G. (2022). .R]LHU (UE·V
Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice.
11th edition. United Kingdom: Pearson Education
- Potter & Perry, (2009). Fundamental Keperawatan. Edisi ke-7.
Jakarta: salemba Medika.
- Potter, P., A., Perry, A., G., Stocker, P., A., Hall, A., M., & Ostendorf,
W., R. (2021). Fundamentals of nursing, 10th edition.
Missiouri: Elsevier

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN SISTEM RESPIRASI

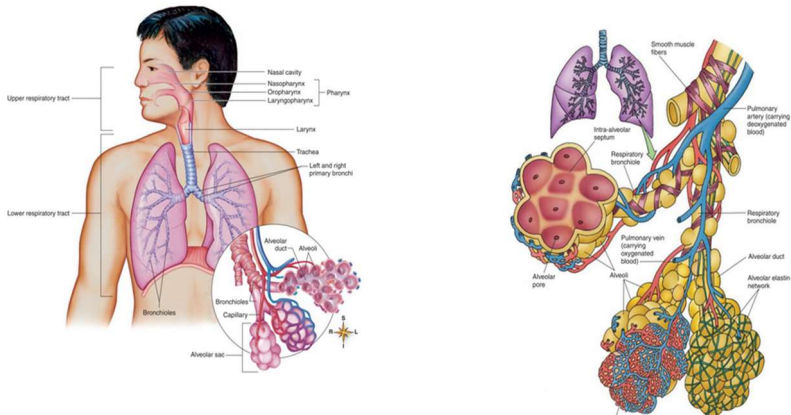
Pendahuluan

Sistem respirasi berperan penting dalam proses pertukaran gas, yaitu menghirup oksigen (O_2) dan mengeluarkan karbon dioksida (CO_2) untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Gangguan pada sistem ini dapat menyebabkan penurunan suplai oksigen yang berdampak pada fungsi organ hingga mengancam kehidupan. Berbagai penyakit seperti Tuberkulosis Paru, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), asma, dan pneumonia, masih menjadi masalah kesehatan yang sering dijumpai. Oleh karena itu, diperlukan asuhan keperawatan yang tepat dan komprehensif untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien, mencegah komplikasi, dan meningkatkan kualitas hidup.

Uraian Materi

A. Konsep Teoritis Sistem Respirasi

➤ Anatomi dan Fisiologi Sistem Respirasi



Gambar 1. Anatomi dan Fisiologi Sistem Respirasi (Sumber : Beachey, 2022)

Sistem pernapasan manusia adalah sistem kompleks yang terdiri dari struktur anatomis yang mengatur proses pertukaran gas dan memfasilitasi respirasi. Berikut adalah ikhtisar tentang anatomi dan fisiologi sistem pernapasan. (Beachey, W. (2022). Sistem Pernafasan atau Sistem Respirasi memiliki peran penting dalam kehidupan manusia. Sistem pernapasan adalah sistem fisiologis yang terlibat dalam pertukaran gas antara tubuh dan lingkungannya. Fungsi utama sistem pernapasan adalah menghirup

oksigen(O₂) ke dalam tubuh dan mengeluarkan karbon dioksida (CO₂) sebagai sisa metabolisme.(Beachey, W. (2022).

B. Asuhan Keperawatan Pada Kasus Tuberkulosis Paru

1. Definisi Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit pernapasan yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* pada paru-paru. Serangan bakteri ini pada organ paru mengakibatkan gangguan pernapasan, seperti batuk berkepanjangan dan kesulitan bernapas. Individu yang mengidap TBC sering juga mengalami gejala lain seperti keringat dingin di malam hari dan demam. Proses penyembuhan TBC umumnya memerlukan waktu berbulan-bulan dengan kepatuhan tinggi terhadap regimen pengobatan untuk menghindari risiko resistensi antibiotik. Apabila tidak segera ditangani, TBC berpotensi menimbulkan dampak fatal (Menkes, 2019).



Foto paru yang normal

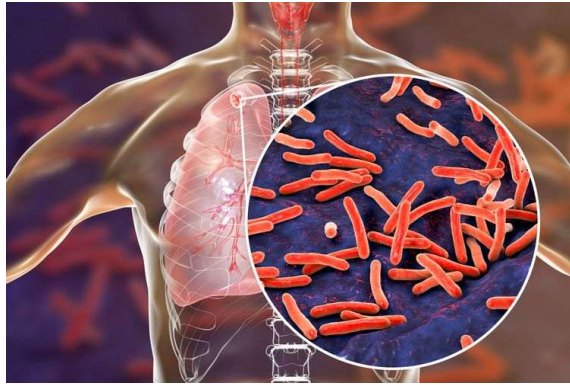


**Foto paru dengan
Tuberculosis**

Gambar 2. Foto thoraks Kasus Tuberkulosis

2. Etiologi Tuberkulosis

Tuberkulosis timbul akibat infeksi bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini memiliki bentuk basil, tidak berspora, dan tidak berkapsul, dengan dimensi panjang sekitar 1-4 mikrometer dan lebar 0,3-0,6 mikrometer. Penularan TBC terjadi ketika kuman dikeluarkan melalui batuk atau bersin dalam bentuk partikel tetesan (droplet nuclei) ke udara. Jika bakteri tersebut terhirup oleh individu sehat, ada kemungkinan besar orang tersebut akan terinfeksi penyebab TBC (Mar'iyah.K & Zulkarnain, 2021)



Gambar 3. Kuman Mycobacterium Tuberkulosis

3. Manifestasi Klinik Tuberkulosis

Gejala TBC bervariasi tergantung pada lokasi lesi atau kerusakan jaringan. Manifestasi klinis yang mungkin muncul meliputi: batuk yang berlangsung lebih dari 2 minggu, batuk berdarah, dahak yang dapat bercampur darah, rasa nyeri di dada, dan sesak napas. Gejala sistemik lainnya mencakup: kelelahan umum (malaise), penurunan berat badan, berkurangnya nafsu makan, menggigil, demam, dan keringat berlebih di malam hari (Kemenkes, 2020).

4. Pemeriksaan Tuberculosis Tuberculosis

Beberapa jenis pemeriksaan yang dilakukan untuk mendiagnosis TBC antara lain:

- a. Pemeriksaan bakteriologis menggunakan sampel dahak.
- b. Mantoux Tuberculin Skin Test
- c. Tes Elektrolit
- d. Pemeriksaan foto thorax

5. Penatalaksanaan Tuberkulosis

a. Penatalaksanaan Farmakologis

Pengobatan TBC dibagi menjadi dua tahapan: fase intensif (berlangsung 2-3 bulan) dan fase lanjutan (berlangsung 4-7 bulan). Kunci utama keberhasilan terapi TBC adalah kepatuhan dalam mengonsumsi kombinasi obat yang terdiri dari obat utama (lini 1) dan obat tambahan. Obat utama meliputi Isoniazid (INH/H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), Streptomisin (S), dan Etambutol (E). Sementara itu, obat tambahan (lini 2) mencakup Kanamisin, Amikasin, dan Capreomisin. Tujuan utama dari pengobatan TBC paru adalah untuk menyembuhkan pasien, mencegah kekambuhan, memutus rantai penularan, serta mencegah bakteri mengembangkan resistensi terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) (Mar'iyah.K & Zulkarnain, 2021).

b. Penatalaksanaan Non Farmakologis

- 1) Melakukan latihan batuk efektif dan fisioterapi dada.
- 2) Menempatkan pasien dalam posisi semi fowler dengan kemiringan 30-45 derajat untuk meringankan sesak napas.
- 3) Pemberian terapi vitamin D atau paparan sinar matahari.
- 4) Menerapkan diet tinggi kalori dan tinggi protein ([TKTP]).
- 5) Mendapatkan dukungan dari keluarga. (Mar'iyah.K & Zulkarnain, 2021)

6. Pencegahan Penularan Tuberkulosis

Langkah-langkah untuk mencegah penularan TBC paru meliputi:

- a. Menutup mulut saat bersin, batuk, atau tertawa, bisa dengan menggunakan tisu yang langsung dibuang setelah dipakai.
- b. Tidak membuang dahak atau meludah di sembarang tempat; dahak harus dibuang ke wadah tertutup yang telah diberi larutan lisol
- c. Meningkatkan asupan nutrisi, terutama makanan yang kaya kalori dan protein.
- d. Mencegah infeksi dengan rajin mencuci tangan dan memastikan rumah memiliki sirkulasi udara yang baik, misalnya dengan sering membuka pintu dan jendela agar udara segar dan sinar matahari masuk.
- e. Melakukan vaksinasi [BCG] untuk bayi sebelum usia 2 bulan.
- f. Bagi tenaga kesehatan, memberikan edukasi mengenai TBC paru, termasuk gejala, bahaya, dan dampak yang ditimbulkan.

7. Asuhan Keperawatan Pada Kasus Tuberculosis Paru

a. Pengkajian

Table 3. Tabel Pengkajian

No	Pengkajian	Penjelasan
1.	Anamnesis	<ol style="list-style-type: none">1. Informasi identitas diri pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, dan lainnya..2. Keluhan utama: keluhan yang sering

Keperawatan Medikal Bedah

		dialami pasien TBC meliputi batuk, batuk berdarah, sesak napas, nyeri dada, demam, keringat malam, kehilangan nafsu makan (anoreksia), penurunan berat badan, dan rasa tidak enak badan (malaise).
2.	Riwayat kesehatan	<ol style="list-style-type: none">1. Keadaan pernafasan (nafas pendek)2. Nyeri dada3. Batuk4. Sputum
3.	Kesehatan dahulu	Jenis gangguan kesehatan yang baru dialami, cedera, atau riwayat operasi
4.	Kesehatan keluarga	Adanya anggota keluarga yang menderita emfisema, asma, alergi, atau TBC
5.	Pemeriksaan fisik	<ol style="list-style-type: none">1. Keadaan umum dan tanda-tanda vital: Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien umumnya menunjukkan peningkatan suhu tubuh yang signifikan, frekuensi napas meningkat disertai sesak napas, denyut nadi yang meningkat sejalan dengan peningkatan suhu tubuh dan frekuensi pernafasan, serta tekanan darah yang biasanya sesuai dengan kondisi penyerta seperti hipertensi.2. Pemeriksaan Breathing<ul style="list-style-type: none">- Inspeksi : Bentuk dada dan gerakan pernafasan pasien TBC paru seringkali menunjukkan tubuh yang kurus, sehingga bentuk dada memperlihatkan penurunan proporsi anterior-posterior dibandingkan diameter lateral. Batuk produktif disertai peningkatan produksi dahak (sputum) yang kental dan bernanah- Palpasi : Gerakan dinding thoraks anterior atau ekspansi pernafasan.

		<p>Pada TBC paru tanpa komplikasi, saat dilakukan palpasi, gerakan dada biasanya normal dan simetris antara bagian kiri dan kanan. Penurunan gerakan dinding pernapasan umumnya ditemukan pada pasien TBC paru dengan kerusakan parenkim paru yang luas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Perkusi: Pada pasien TBC paru tanpa komplikasi, biasanya ditemukan suara resonan atau sonor pada seluruh area paru. Pada pasien dengan komplikasi efusi pleura, akan terdengar bunyi redup hingga pekak pada sisi yang sakit, sesuai dengan akumulasi cairan- Auskultasi : Pada pasien TBC paru, sering terdengar bunyi napas tambahan berupa ronki pada sisi paru yang terinfeksi
--	--	--

b. Diagnosa Keperawatan

Pengembangan diagnosis keperawatan dilakukan berdasarkan data yang telah dikumpulkan. Diagnosis keperawatan harus spesifik, relevan, dan terukur. Diagnosis keperawatan yang umum pada pasien TBC paru meliputi:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif] berhubungan dengan peningkatan produksi dahak (sputum)
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi cairan pleura.
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan terganggunya proses difusi O2 dan CO2.

4. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh.

c. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		Luaran Utama	Intervensi Utama
1	<p>D.0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekret atau sumbatan di jalan napas demi menjaga kepatenan jalan napas</p>	<p>L.01001 Setelah intervensi keperawatan dilakukan selama..... (sesuaikan waktunya), diharapkan status kenyamanan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan batuk efektif meningkat. 2. Produksi dahak (sputum) berkurang. 3. Bunyi napas mengi berkurang. 4. Bunyi wheezing berkurang. 5. Dispnea (sesak napas) berkurang. 6. 7. Ortopnea (sesak napas saat berbaring) berkurang. 8. Kesulitan berbicara berkurang. 9. Sianosis (kebiruan kulit) berkurang.</p>	<p>1.01006 Latihan Batuk Efektif Definisi: Definisi: Melatih pasien yang kesulitan batuk efektif agar dapat membersihkan faring, trakea, dan bronkiolus dari sekret atau benda asing di jalan napas. Tindakan : Observasi 1. Identifikasi kemampuan batuk pasien. 2. Pantau adanya penumpukan dahak (sputum). 3. Pantau tanda dan gejala infeksi saluran napas. 4. Pantau asupan dan keluaran cairan (misalnya volume dan karakteristik) Terapeutik 1. Atur posisi semi fowler atau fowler. 2. Letakkan pernak dan bengkak di pangkuan pasien. 3. Buang sekret pada tempat dahak</p>

		<p>10. Kegelisahan berkurang.</p> <p>11. Frekuensi napas membaik.</p>	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif. 2. Anjurkan menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, menahan selama 2 detik, kemudian menghembuskannya melalui mulut dengan bibir mengerucut (dibulatkan) selama 8 detik. 3. Anjurkan mengulangi tarikan napas dalam hingga 3 kali. 4. Anjurkan batuk dengan kuat segera setelah tarikan napas dalam yang ketiga <p>Kolaborasi : Berkolaborasi dalam pemberian obat mukolitik atau ekspektoran, jika diperlukan</p> <p>1.01011 Manajemen jalan napas Definisi : Proses mengidentifikasi dan menjaga kepatenan jalan napas :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). 2. Pantau bunyi napas tambahan (misalnya gurgling,
--	--	---	---

			<p>mengi, wheezing, ronkhi kering).</p> <p>3. Pantau karakteristik dahak (sputum) (jumlah, warna, dan aroma).</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Posisikan semi fowler dan fowler.2. Berikan minuman hangat.3. Lakukan fisioterapi dada, jika diperlukan.4. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik.5. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal.6. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill.7. Berikan oksigen, jika diperlukan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika diperlukan.2. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <p>Berkolaborasi dalam pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika diperlukan</p> <p>1.01014</p> <p>Pemantauan</p> <p>Respirasi</p> <p>Definisi :</p> <p>Mengumpulkan dan</p>
--	--	--	--

			<p>menganalisis data untuk memastikan jalan napas tidak terhalang dan pertukaran gas berfungsi efektif.</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pantau frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas.2. Pantau pola napas (bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, Ataksik).3. Pantau kemampuan batuk efektif.4. Pantau adanya sumbatan jalan napas.5. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru.6. Auskultasi bunyi napas.7. Pantau saturasi oksigen.8. Pantau hasil analisis gas darah (AGD).9. Pantau hasil foto [x-ray toraks] <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sesuaikan interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien.2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
--	--	--	--

Keperawatan Medikal Bedah

			2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
2.	<p>Pola nafas tidak efektif</p> <p>Definisi: Melatih pasien yang kesulitan batuk efektif agar dapat membersihkan faring, trakea, dan bronkiolus dari sekret atau benda asing di jalan napas</p>	<p>Setelah intervensi keperawatan dilakukan:
 - Pola napas membaik.
 - Frekuensi napas stabil.
 - Tidak ada bunyi [ronkhi].</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). 2. Pantau bunyi napas tambahan (ronkhi). 3. Pantau karakteristik dahak (sputum) (jumlah, warna, aroma). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semi fowler atau fowler. 2. Berikan minuman hangat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buang sekret pada tempat yang disediakan. 2. Berikan edukasi batuk efektif (leaflet batuk efektif terlampir) <p>Kolaborasi</p> <p>Berkolaborasi dalam pemberian obat ekspektoran seperti ambroxol.</p>
3	<p>Gangguan pertukaran gas</p>	<p>Setelah intervensi keperawatan dilakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar PCO₂, PO₂, pH arteri, dan HCO₃ membaik. 2. Pola napas membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas. 2. Evaluasi hasil AGD (analisis gas darah). <p>Terapeutik</p> <p>Sesuaikan interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien.</p>

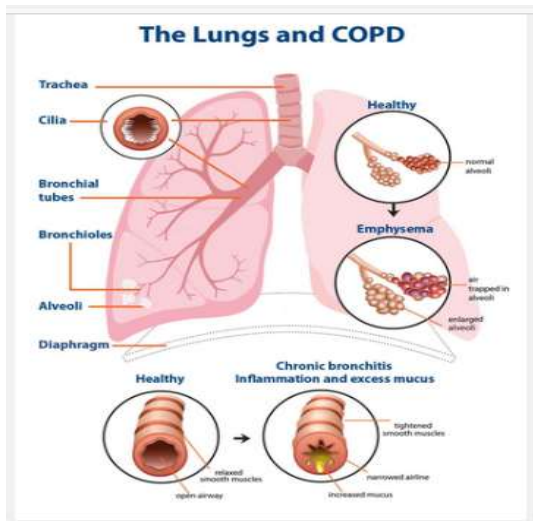
Keperawatan Medikal Bedah

			<p>Edukasi Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan pemeriksaan AGD</p>
4.	Defisit nutrisi	<p>Setelah intervensi keperawatan dilakukan, status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:
 - Porsi makanan yang dihabiskan meningkat.
 - Asupan nutrisi sesuai.
 - Frekuensi makan membaik.
 - Berat badan meningkat</p>	<p>Observasi 1. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi. 2. Pantau berat badan</p> <p>Terapeutik 1. Sajikan makanan dalam kondisi hangat. 2. Lakukan kebersihan mulut (oral hygiene) sebelum makan</p> <p>Edukasi Ajarkan diet yang telah diprogramkan sesuai kebutuhan nutrisi: energi 1.764 kkal, protein 16% (misalnya daging ayam, ikan, susu, telur, dan keju), lemak 49g (misalnya mentega, santan encer, saus salad), dan karbohidrat 264,6g (misalnya nasi, roti, mi, dan produk olahan tepung seperti kue, puding). Contoh menu makan sehari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarapan pagi pukul 07:00 WIB: nasi, semur daging ayam, sup buncis dan wortel, serta susu. 2. Makanan selingan pukul 10:00 WIB: bubur kacang hijau, susu, pisang kukus, dan roti. 3. Makan siang pukul 12:00 WIB: nasi, ikan, telur, tempe,

		<p>bening bayam, buah (pepaya).</p> <p>4. Makanan selingan sore pukul 16:00 WIB: puding buah.</p> <p>5. Makan malam pukul 20:00 WIB: nasi, ayam, tempe, sup sayuran, dan buah (pisang).</p> <p>Kolaborasi Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang diperlukan.</p>
--	--	---

C. Asuhan Keperawatan Pada Kasus Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)

1. Definisi Penyakit Paru Obstruktif Kronis



Gambar 4. Gambar Paru-paru dengan kondisi PPOK

Penyakit Paru Obstruktif Kronik PPOK adalah gangguan paru-paru yang kompleks dan beragam, dicirikan oleh gejala pernapasan jangka panjang seperti [dispnea], batuk, produksi dahak, dan/atau eksaserbasi. Kondisi ini timbul akibat anomali pada saluran napas (bronkitis, bronkiolitis) atau alveoli (emfisema), yang mengakibatkan penyempitan aliran udara yang berlangsung terus-menerus dan cenderung memburuk seiring waktu (GOLD, 2024).

2. Etiologi Penyakit Paru Obstruktif Kronis

Merokok menjadi faktor risiko utama pemicu Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). Kandungan iritan dalam asap rokok memicu produksi lendir berlebih, batuk, mengganggu kerja silia, memprovokasi peradangan, serta merusak bronkiolus dan dinding alveolus. Risiko lain yang turut berkontribusi meliputi pencemaran udara, paparan asap rokok pasif, riwayat infeksi saluran pernapasan pada masa kanak-kanak, serta faktor genetik. Selain itu, paparan terhadap polutan industri di lingkungan kerja juga berpotensi mempertinggi kemungkinan berkembangnya Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Black, 2014)

3. Tanda dan Gejala

Pasien dengan PPOK umumnya menunjukkan tanda dan gejala sebagai berikut:

- a. Dispnea atau sesak napas merupakan manifestasi klinis utama PPOK dan menjadi pemicu utama disabilitas serta kecemasan yang menyertainya. Tingkat keparahan dyspnea dinilai menggunakan Medical Research Council

scale. Pasien dengan skor dyspnea yang tinggi cenderung membutuhkan sumber daya medis dan biaya perawatan yang lebih besar.

Modified MRC Dyspnea Scale Figure 2.8

PLEASE TICK IN THE BOX THAT APPLIES TO YOU | ONE BOX ONLY | Grades 0 - 4

mMRC Grade 0	mMRC Grade 1	mMRC Grade 2	mMRC Grade 3	mMRC Grade 4
I only get breathless with strenuous exercise	I get short of breath when hurrying on the level or walking up a slight hill	I walk slower than people of the same age on the level because of breathlessness, or I have to stop for breath when walking on my own pace on the level	I stop for breath after walking about 100 meters or after a few minutes on the level	I am too breathless to leave the house or I am breathless when dressing or undressing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DO NOT DISTRIBUTE

Gambar 5. Medical Research Council Dyspnea scale

- b. Batuk yang berlangsung secara terus-menerus (kronis). 3. Produksi dahak (sputum) yang berlebihan.
- c. Bunyi napas mengi (wheezing) dan sensasi dada terasa tertekan
- d. Fatigue atau kelelahan adalah sensasi subjektif yang seringkali menjadi keluhan paling umum dan membebani bagi individu dengan PPOK. Mereka sering menggambarkan kelelahan ini sebagai "penat" atau "kehilangan seluruh tenaga". Kondisi ini secara signifikan memengaruhi kapasitas pasien untuk menjalankan kegiatan harian serta menurunkan kualitas hidup mereka.
- e. Gambaran klinis tambahan pada penyakit berat Pada stadium PPOK yang berat hingga sangat parah, gejala klinis tambahan

yang lazim ditemui meliputi penurunan berat badan, penyusutan massa otot, dan anoreksia..

4. **Initial Assessment Pada Pasien PPOK**

Diagnosis PPOK pada pasien ditetapkan atau dikonfirmasi pasca-pemeriksaan spirometri. Guna menentukan strategi terapi yang tepat, evaluasi perlu difokuskan pada lima aspek krusial, yaitu:

a. Tingkat keparahan penyumbatan aliran udara

Derajat keparahan obstruksi aliran udara pada PPOK diindikasikan oleh rasio FEV1/FVC yang kurang dari 0,7 (GOLD, 2024)

GOLD Grades and Severity of Airflow Obstruction in COPD (based on post-bronchodilator FEV1)		
In COPD patients (FEV1/FVC < 0.7):		
GOLD 1:	Mild	FEV1 ≥ 80% predicted
GOLD 2:	Moderate	50% ≤ FEV1 < 80% predicted
GOLD 3:	Severe	30% ≤ FEV1 < 50% predicted
GOLD 4:	Very Severe	FEV1 < 30% predicted

Gambar 6. Grade PPOK

b. Evaluasi objektif skala sesak dilakukan dengan menggunakan

Skala mMRC adalah instrumen penilaian 5 poin (0-4) yang mengukur tingkat keparahan dispnea. mMRC berfungsi sebagai perangkat kuantitatif khusus untuk mengevaluasi sesak napas. Kuesioner ini diaplikasikan untuk membedakan antara pasien yang

Keperawatan Medikal Bedah

mengalami gejala ringan dengan mereka yang menunjukkan gejala lebih berat (Betancourt-Peña et al., 2019)

Modified MRC Dyspnea Scale Figure 2.8

PLEASE TICK IN THE BOX THAT APPLIES TO YOU | ONE BOX ONLY | Grades 0 - 4

mMRC Grade 0	mMRC Grade 1	mMRC Grade 2	mMRC Grade 3	mMRC Grade 4
I only get breathless with strenuous exercise	I get short of breath when hurrying on the level or walking up a slight hill	I walk slower than people of the same age on the level because of breathlessness, or I have to stop for breath when walking on my own pace on the level	I stop for breath after walking about 100 meters or after a few minutes on the level	I am too breathless to leave the house or I am breathless when dressing or undressing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DISTRIBUTE

Gambar 7. Kuesioner mMRC

Penggunaan kuesioner CAT (COPD Assessment Test), sebuah kuesioner ringkas yang terdiri dari delapan pertanyaan yang diberikan kepada penderita PPOK. Rentang skornya adalah 0 hingga 40, di mana skor yang lebih tinggi mengindikasikan tingkat gejala yang lebih parah. Aspek gejala yang dinilai dalam CAT meliputi batuk, produksi dahak, rasa sesak di dada, dyspnea saat beraktivitas, kemampuan beraktivitas sehari-hari, tingkat kepercayaan diri, kualitas tidur, serta tingkat energi (Finch et al., 2020).

		SKOR
Saya tidak pernah batuk	(0 1 2 3 4 5)	Saya selalu batuk
Tidak ada dahak (riak) sama sekali	(0 1 2 3 4 5)	Dada saya penuh dengan dahak (riak)
Tidak ada rasa berat (tertekan) di dada	(0 1 2 3 4 5)	Dada saya terasa berat (tertekan) sekali
Ketika saya jalan mendaki / naik tangga, saya tidak sesak	(0 1 2 3 4 5)	Ketika saya jalan mendaki / naik tangga, saya sangat sesak
Aktivitas sehari-hari saya di rumah tidak terbatas	(0 1 2 3 4 5)	Aktivitas sehari-hari saya di rumah sangat terbatas
Saya tidak khawatir keluar rumah meskipun saya menderita penyakit paru	(0 1 2 3 4 5)	Saya sangat khawatir keluar rumah karena kondisi paru saya
Saya dapat tidur dengan nyenyak	(0 1 2 3 4 5)	Saya tidak dapat tidur nyenyak karena kondisi paru saya
Saya sangat bertenaga	(0 1 2 3 4 5)	Saya tidak punya tenaga sama sekali

Gambar 8. Kuesioner CAT

5. Penatalaksanaan Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)

a. Intervensi Farmakologis

Terapi obat untuk pasien PPOK umumnya mencakup penggunaan inhaler, seperti bronkodilator (salbutamol, salmeterol, dan terbutaline) serta kortikosteroid (fluticasone, budesonide). Apabila inhaler tidak efektif dalam mengurangi gejala, obat oral dalam bentuk kapsul atau tablet, seperti [teofilin], mukolitik, dan antibiotik, dapat diresepkan (Ahmad, 2021).

b. Intervensi Non-Farmakologis

- Terapi oksigen Pemberian terapi oksigen jangka panjang diterapkan pada kondisi hipoksemia yang parah dan progresif. Terapi ini berpotensi meningkatkan kapasitas fisik, fungsi kognitif, dan mutu kehidupan penderita PPOK. Selain itu, terapi oksigen berkelanjutan juga diyakini dapat menurunkan frekuensi rawat inap (LeMone et al., 2015).
- Rehabilitasi paru Rehabilitasi paru memberikan keuntungan dengan membimbing pasien dalam mengelola gejala dan memperbaiki status kesehatan mereka (LeMone et al., 2015). Rehabilitasi paru, atau yang sering disebut fisioterapi dada, dirancang untuk mengajarkan latihan fisik yang esensial dan relevan dengan kondisi pasien (Ahmad, 2021).
- Batuk efektif Teknik batuk efektif adalah metode non-farmakologis yang terbukti bermanfaat bagi pasien PPOK, mengingat batuk dan produksi dahak (sputum) merupakan gejala umum yang dialami penderita (Ahmad., 2021).

6. Asuhan Keperawatan pada kasus PPOK

No	Daignosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi mukus .	Setelah intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil: Peningkatan efektivitas batuk Penurunan produksi dahak Berkurangny a dyspnea Frekuensi napas yang lebih stabil Pola napas yang normal kembali.	<p>I.01011 Manajemen Jalan Napas Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau pola pernapasan (termasuk frekuensi, kedalaman, dan upaya bernapas). 2. Awasi adanya bunyi napas tambahan (seperti gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering). 3. Perhatikan karakteristik dahak (jumlah, warna, dan bau). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien dalam posisi semi-Fowler atau Fowler. 2. Berikan oksigen sesuai kebutuhan. 3. Lakukan fisioterapi dada. <p>Edukasi Ajarkan teknik latihan pernapasan dalam (<i>Deep Breathing Exercises</i> (DBE)) dan batuk efektif.</p> <p>Kolaboratif Berkolaborasi dalam pemberian bronkodilator, ekspektoran, dan mukolitik.</p>

Keperawatan Medikal Bedah

2.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kerusakan alveolar ditandai dengan pasien.	Setelah intervensi keperawatan selama....., diharapkan pertukaran gas pasien membaik dengan kriteria hasil: - Penurunan bunyi napas tambahan - Berkurangnya takikardia - Pusing berkurang - Frekuensi napas yang lebih stabil - Irama napas yang normal kembali - pH membaik - PCO ₂ membaik - PO ₂ membaik.	<p>Pemantauan Respirasi (1.010014) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya pernapasan. 2. Awasi pola napas (misalnya, bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, Ataksik). 3. Evaluasi kemampuan batuk efektif. 4. Perhatikan keberadaan produksi dahak. 5. Lakukan auskultasi bunyi napas. 6. Pantau saturasi oksigen. 7. Awasi nilai AGD. 7. Tinjau hasil x-ray toraks. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuaikan interval pemantauan pernapasan berdasarkan kondisi pasien. 2. Dokumentasikan seluruh hasil pemantauan <p>Edukasi Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.</p> <p>Managemen Asam Basa: Alkalosisi Respiratori (1.01008) Observasi :</p>
----	---	---	---

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor penyebab alkalosis respiratorik (misalnya, kecemasan). 2. Pantau asupan dan pengeluaran cairan (Intake dan Output cairan) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi yang mendukung ventilasi adekuat, seperti posisi prone. 2. Berikan oksigen melalui kanula nasal dengan laju 3 lpm
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	<p>Setelah intervensi selama.... jam, diharapkan toleransi terhadap aktivitas pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan kemudahan dalam melakukan aktivitas harian 2. Berkurangnya keluhan kelelahan 3. Penurunan dyspnea saat beraktivitas 4. Penurunan dispnea setelah 	<p>Manajemen Energi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi disfungsi tubuh yang memicu kelelahan; pada pasien ini, gangguan fungsi tubuh diakibatkan oleh masalah pada sistem pernapasan, seperti adanya massa di paru-paru, yang menyebabkan asupan oksigen tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan energi. 2. Pantau tingkat kelelahan fisik dan emosional, serta kemampuan pasien untuk beraktivitas fisik secara mandiri. 3. Awasi pola dan durasi tidur. <p>Terapeutik</p>

		aktivitas Perasaan lemah menurun Frekuensi napas membaik.	<p>Lakukan latihan rentang gerak, baik pasif maupun aktif. - Bantu pasien untuk duduk di tepi tempat tidur jika ia tidak mampu berpindah atau berjalan.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Berikan edukasi tentang pentingnya istirahat yang diselingi dengan aktivitas sesuai kapasitas.2. Anjurkan pasien untuk beraktivitas secara bertahap; jika merasa sesak atau lelah, istirahatlah terlebih dahulu sebelum melanjutkan.3. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan di rumah. <p>Kolaborasi</p> <p>Berkolaborasi dengan ahli gizi mengenai cara meningkatkan asupan nutrisi, termasuk jenis makanan yang dianjurkan dan dihindari, strategi untuk meningkatkan nafsu makan, serta teknik makan sedikit tapi sering untuk mencegah sisa makanan akibat mual.</p>
--	--	---	---

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, F. F. R. (2021). *Konsentrasi kalsium serum dengan fungsi paru penderita penyakit paru obstruksi kronik (ppok)*. Cv. Azka pustaka.
- Beachey, W. (2022). *Respiratory care anatomy and physiology E-book: Foundations for clinical practice*. Elsevier Health Sciences.
- Betancourt-Peña, J., Benavides-Córdoba, V., Avila-Valencia, J. C., & Rosero-Carvajal, H. E. (2019). Differences between COPD patients of a pulmonary rehabilitation program according to the mMRC dyspnea scale. *Current Respiratory Medicine Reviews*, 15(1), 32-38.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Ditjen Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis.
- LeMone, P., Burke, K., Dwyer, T., Levett-Jones, T., Moxham, L., & Reid-Searl, K. (2015). *Medical-surgical nursing*. Pearson Higher Education AU.
- Mar'iyah, K., & Zulkarnain. (2021). Patofisiologi penyakit infeksi tuberkulosis. *Prosiding Seminar Nasional Biologi*, 7(November), 88–92
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia(1st ed). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Keperawatan Medikal Bedah

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia(I). Jakarta.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan(1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

BAB 5

ASUHAN INFEKSI PADA GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN

Pendahuluan

Sistem pencernaan merupakan mekanisme kompleks yang berfungsi mengolah makromolekul makanan menjadi mikronutrisi yang siap diserap oleh tubuh. Mengingat fungsinya yang terus-menerus terpapar oleh agen eksternal (makanan, bakteri, dan zat kimia), sistem ini sangat rentan terhadap peradangan dan infeksi. Prevalensi penyakit gastrointestinal terus meningkat secara global, dipicu oleh pola makan rendah serat, gaya hidup sedenter, dan faktor stres psikologis.

Asuhan keperawatan yang tepat tidak hanya berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik pasien, tetapi juga pada edukasi pencegahan kambuhan. Artikel ini akan membahas tinjauan anatomi secara ringkas serta mendalami manifestasi klinis dan intervensi keperawatan pada empat kondisi utama: gastritis, apendisitis, kanker lambung, dan hemoroid.

Uraian Materi

A. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan

Berikut ini merupakan anatomi dan fisiologi dari setiap organ pada sistem pencernaan:

1. Mulut

Mulut merupakan pintu awal dari sistem pencernaan. Di dalam mulut, makanan mengalami pencernaan mekanis melalui proses pengunyahan oleh gigi, serta pencernaan kimiawi dengan bantuan enzim dalam saliva. Selain itu, mulut juga berperan dalam berbicara dan pernapasan.

2. Pipi dan Bibir

Pipi dan bibir membantu proses makan, terutama dalam mengunyah dan menahan makanan agar tetap berada di dalam rongga mulut. Struktur keduanya terdiri dari otot yang dilapisi kulit pada bagian luar dan mukosa di bagian dalam.

3. Gigi

Gigi berfungsi untuk menghancurkan makanan menjadi bagian yang lebih kecil sehingga lebih mudah dicerna. Lapisan terluar gigi disebut enamel yang berfungsi melindungi gigi dari kerusakan.

4. Lidah

Lidah adalah organ otot yang memiliki peran penting dalam proses menelan, mengatur posisi makanan, serta sebagai indera pengecap. Lidah juga membantu mencegah makanan masuk ke saluran pernapasan.

Terbagi dari 3 sisi yaitu:

- a. Radiks lingua (pangkal lidah) yang berperan dalam menutup saluran nafas saat menelan suatu makanan supaya jangan masuk ke jalur pernafasan.
 - b. Dorsum lingua (pangkal lidah) yang fungsinya sebagai pengecapan cita rasa santapan yaitu papila.
 - c. Apeks lingua (ujung lidah) yang fungsinya mengembalikan makanan, dan membantu dalam tahapan penelanan (Husairi et al., 2020).
5. Kelenjar Ludah (Saliva) adalah sekresi yang mengeluarkan mukus serta mukosa oral. Ludah berfungsi sebagai berikut (Ward and Linden, 2017; Tambunan, D.M., et.al., 2023):
- a. Membantu sistem digestif dari polisakarida secara kimiawi.
 - b. Lubrikasi makanan Aliran ludah atau saliva yang cukup bisa melakukan pembersihan, melakukan pelembapan, serta pelembutan mulut. Ludah atau saliva dapat membantu dalam menghindari kehancuran selaput mukosa atau lender dari santapan kasar serta abrasif.
 - c. Pertahanan dari tubuh yang tidak spesifik yaitu imunoglobulin, lisozim, serta aspek pembekuan (koagulasi) yang menyerang mikroba-mikroba.

d. Pengecapian yang dirangsang oleh zat-zat kimiawi dalam larutan sehingga makanan kering cuma merangsang pengecap sesudah tercampur dengan ludah.

6. Faring

Faring adalah pengantara rongga mulut serta tenggorokan. Di dalam lengkung dalam faring ada amandel (tonsil) yaitu kelenjar limfa yang seluruhnya memiliki kelenjar limfosit sebagai pertahanan pada peradangan. Dinding faring terdiri dari 3 lapisan sebagai berikut: lapisan bagian dalam yang ditutupi oleh selaput mukosa yang berbentuk epithelium skuamosa secara berlapis, lapisan bagian tengah yang terdiri dari jaringan fibrosa dan lapisan bagian luar yang terdiri dari sejumlah otot-otot involunter yang ikut serta dalam langkah-langkah menelan. (Husairi et al., 2020).

7. Esofagus.

Esofagus memiliki panjang kurang lebih 25 cm serta diameter kurang lebih 2 cm serta terletak di bagian tengah tulang belakang dada, yang ada di posterior dari trakeal serta jantung. Esofageal berada diantara otot diafragmatik pada bagian posterior tendon pusat di vertebra torakal ke sepuluh. Sebelum esofageal terhubung ke gaster, pada diafragmatik, esofageal membuat lengkungan ke bagian atas sehingga terbentuk sudut lancip untuk pencegahan regurgitasi (refluks) isi dari gaster ke esofageal (Silverthorn, 2013; Tambunan, D.M., et.al., 2023).

8. Lambung (Gaster)

Lambung adalah bagian sistem pencernaan manusia yang terletak di rongga perut kiri atas, di bawah diafragma. Fungsi utamanya adalah menampung, mencampur, dan mencerna makanan secara mekanis serta kimiawi (menggunakan asam lambung/HCl dan enzim) menjadi kim (bubur makanan) sebelum disalurkan ke usus halus.

9. Usus Halus

Usus halus (usus kecil) adalah saluran pencernaan panjang (3-6 meter) yang terletak di antara lambung dan usus besar. Fungsi utama organ ini adalah mencerna secara kimiawi dan menyerap nutrisi makanan (karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral) ke dalam darah, dibantu oleh vili untuk memperluas permukaan serapan.

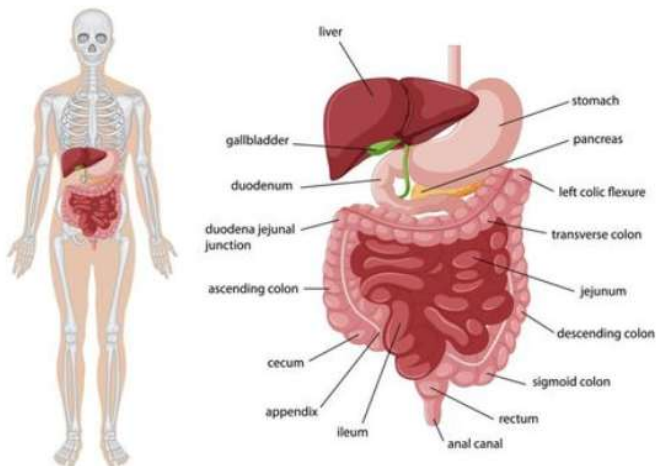
10. Usus Besar

Usus besar (kolon) adalah bagian akhir saluran pencernaan yang berfungsi menyerap air, elektrolit, dan vitamin dari sisa makanan, serta membentuk dan menyimpan feses sebelum dibuang. Organ berbentuk U terbalik ini memproses limbah cair menjadi padat dengan bantuan bakteri baik.

11. Rektum dan Anus

Rektum dan anus adalah bagian akhir saluran pencernaan. Rektum (12-15 cm) berfungsi menampung feses sementara dari kolon hingga memicu sinyal buang air besar, sementara anus (lubang pelepasan) yang dilengkapi sfingter otot

mengatur keluarnya feses dari tubuh. Rektum merupakan saluran mulai ujung usus besar (sesudah kolon sigmoid) yang terhubung dari intestinum mayor ke anus dengan panjang kurang lebih 12 cm, serta berujung di anus. Umumnya rektum tersebut kosong oleh karena feses tersimpan di lokasi yang lebih tinggi, yaitu di kolon desendens. Bila kolon desendens penuh serta feses masuk ke rektum, maka muncullah keinginan untuk buang air besar (BAB) (Husairi et al., 2020). Anus adalah lubang di bagian ujung saluran digestif, yang membantu mengeluarkan bahan limbah dari dalam tubuh. Sebagian dari anus dibentuk melalui permukaan tubuh (kulit) serta sebagian lagi dari bagian usus. (Smeltzer and Bare, 2016; Tambunan, D.M., et.al., 2023).



Gambar 9. Sistem Digestif (Pencernaan)

B. Gangguan Sistem Pencernaan

1. Gastritis

Gastritis merupakan proses inflamasi pada mukosa lambung yang dapat bermanifestasi secara akut, kronis difus, maupun lokal (Suratun, 2010; Mardalena, 2018). Kondisi peradangan ini secara klinis ditandai dengan munculnya anoreksia, emesis (muntah), mual, serta sensasi tidak nyaman atau rasa penuh pada area epigastrium.

Gastritis terdiri atas:

- a. Gastritis akut merupakan manifestasi inflamasi berat yang terjadi pada permukaan mukosa lambung, yang secara patologis ditandai dengan adanya lesi atau kerusakan erosi (Soeparman, 2001; Mardalena, 2018).
- b. Gastritis kronis merupakan bentuk inflamasi lambung yang berlangsung dalam jangka panjang. Kondisi ini umumnya dipicu oleh infeksi bakteri *Helicobacter pylori*, namun dapat juga berkaitan dengan keberadaan ulkus benigna maupun keganasan (maligna) pada lambung (Soeparman, 2001; Mardalena, 2018).

Adapun faktor penyebab dari gastritis adalah:

- a. Makanan yang terlalu pedas maupun yang kecut dapat merangsang timbulnya asam lambung yang berlebihan.
- b. Obat-obatan analgetika, anti inflamasi terutama aspirin walaupun dalam dosis rendah, dapat juga menimbulkan erosi mukosa lambung.

- c. Bahan kimia misalnya lysol, bensin dan lain - lain.
- d. Merokok. Rokok merupakan faktor predisposisi dari iritasi mukosa lambung dan peningkatan asam lambung.
- e. Alkohol.
- f. Stres fisik yang disebabkan oleh luka bakar, sepsis, trauma, pembedahan, gagal pernapasan, gagal ginjal, kerusakan susunan saraf pusat.
- g. Refluks usus ke lambung.
- h. Endotoxin

2. Apendisitis

Apendisitis merupakan inflamasi pada apendiks vermiformis yang menjadi penyebab utama kasus abdomen akut di fasilitas kesehatan (Mansjoer, 2001; Mardalena, 2018). Kondisi ini tergolong dalam kegawatdaruratan medis yang berbahaya; keterlambatan penanganan dapat memicu infeksi sistemik berat hingga perforasi atau pecahnya lumen usus (Williams & Wilkins; Indri et al., 2014; Mardalena, 2018).

Klasifikasi Apendisitis yaitu:

- a. Apendisitis akut ditandai dengan proses inflamasi pada apendiks yang memicu gejala lokal yang khas. Secara klinis, kondisi ini diawali dengan nyeri visceral yang bersifat samar dan tumpul di area epigastrium atau sekitar umbilikus, yang sering kali disertai dengan mual, emesis (muntah), serta anoreksia. Dalam kurun waktu beberapa jam, nyeri tersebut

akan mengalami migrasi ke titik McBurney di kuadran kanan bawah abdomen. Pada fase ini, nyeri berubah menjadi nyeri somatik yang terasa lebih tajam dan terlokalisasi secara jelas (Hidayat, 2005; Mardalena, 2018).

- b. B. Appendisitis Kronis, Diagnosis appendisitis kronis ditegakkan berdasarkan tiga kriteria utama. Kriteria tersebut meliputi: riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen yang menetap selama minimal tiga minggu tanpa adanya diagnosis banding lain; hilangnya gejala secara total pasca-tindakan apendektomi; serta adanya bukti histopatologis yang menunjukkan inflamasi kronis aktif atau fibrosis pada jaringan apendiks (Santacroce & Craig, 2006; Mardalena, 2018).

3. Kanker Lambung

Kanker lambung merupakan kondisi keganasan pada lambung yang mayoritas kasusnya teridentifikasi sebagai jenis adenokarsinoma. Selain itu, terdapat varian lain yang lebih jarang ditemukan, seperti limfoma dan leiomiomsarkoma yang menyerang jaringan otot polos. Secara epidemiologi, penyakit ini memiliki kecenderungan insidensi yang lebih tinggi pada kelompok usia lanjut.

Klasifikasi Kanker Lambung (Mardalena, I., 2018)

- a. Early Gastric Cancer (Kanker Lambung Awal)
Berdasarkan hasil pemeriksaan radiologi, gastroskopi dan pemeriksaan histopatologis dapat dibagi atas: Tipe I (Pitrured Type), Tipe II (Superficial Type) dan Tipe 3 (Excavated type).
- b. Advanced Gastric Cancer (Tumor Ganas Lanjut) yang dibagi atas Bormann I, Bormann II, Bormann III, dan Bormann IV.
- c. Beberapa faktor yang bisa meningkatkan perkembangan kanker lambung (Neugut, 1996; Tambunan, D.M., et.al., 2023):.
- d. Faktor predisposisi yaitu faktor genetik dan factor umur. Sekitar 10% pasien yang mengalami kanker lambung memiliki hubungan genetic. Pada kasus ini ditemukan lebih umum terjadi pada usia 50-70 tahun, tetapi sekitar 5 % pasien kanker lambung berusia kurang dari 35 tahun dan 1 % kurang dari 30 tahun
- e. Faktor presipitasi yaitu konsumsi makanan yang diasinkan, diasap, atau yang diawetkan. Infeksi H. Pylori. H. Pylori adalah bakteri penyebab lebih dari 90% ulkus doudenum dan 80% tukak lambung
- f. Mengonsumsi rokok dan alkohol. Pasien dengan konsumsi rokok lebih dari 30 batang sehari dan kombinasi dengan konsumsi alkohol kronik akan meningkatkan risiko kanker lambung.

- g. NSAIDs, inflamasi polip lambung bisa terjadi pada pasien yang mengonsumsi NSAIDs dalam jangka waktu yang lama dalam hal ini (polip lambung) dapat menjadi prekursor kanker lambung. (Houghton, 2006; Tambunan, D.M., et.al., 2023).
- h. E. Anemia pernisirosa, merupakan penyakit kronis dengan kegagalan absorpsi kobalamin (vitamin B12), disebabkan oleh kurangnya faktor instrinsik sekresi lambung, kombinasi anemia pernisirosa dengan infeksi H. Pylori memberikan kontribusi penting terbentuknya tumorigenesis pada dinding lambung (Santacroce, 2008; Tambunan, D.M., et.al., 2023).

4. Hemoroid

Hemoroid merupakan kondisi terjadinya dilatasi atau pelebaran pada pleksus vena di area anorektal (Muttaqin, 2011; Mardalena, 2018). Kondisi ini secara klinis bermanifestasi sebagai penonjolan mukosa yang melapisi kanal anus dan rektum (Nugroho, 2011). Etiologi penyakit ini sangat multifaktorial, mulai dari tekanan intra-abdominal yang kronis akibat konstipasi (obstipasi) dan kebiasaan mengejan yang berlebihan, hingga faktor predisposisi lain seperti gaya hidup sedenter (sering duduk), diare kronis, multipara (melahirkan banyak anak), serta adanya hambatan aliran balik vena akibat massa panggul atau kehamilan (Riyadi, 2010; Mardalena, 2018)

Klasifikasi Hemoroid yaitu:

- a. Hemoroid Internal, pembengkakan yang terjadi dalam rektum. Pembengkakan jenis ini tidak menimbulkan rasa sakit karena hanya ada sedikit saraf di daerah rektum.
- b. Hemoroid Eksternal, hemoroid yang diklasifikasikan sebagai akut dan kronik. Bentuk akut berupa pembengkakan bulat kebiruan pada pinggir anus, dan sebenarnya merupakan hematoma.

C. Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Pencernaan

1. Asuhan Keperawatan Pada Gastritis

- Dasar data pengkajian:
 - a. Data subjektif
 - 1) Manifestasi klinis yang umum ditemukan pada pasien meliputi keluhan nyeri epigastrium (ulu hati), mual, emesis (muntah), serta anoreksia yang disertai sensasi penuh pada abdomen. Pengkajian lebih lanjut perlu difokuskan pada riwayat gaya hidup dan faktor risiko, seperti pola makan yang tidak teratur, tingkat stres psikologis, serta riwayat konsumsi obat-obatan iritan. Selain itu, perawat harus mengidentifikasi kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, praktik diet ketat, serta gejala penyerta

seperti sefalagia (sakit kepala), sendawa berlebihan, dan sensasi heartburn (rasa terbakar) pasca-makan.

- 2) Tanyakan bagaimana gejala menghilang, selidiki apakah orang lain di lingkungan pasien mempunyai gejala-gejala serupa.

- b. Data objektif

Hasil pengkajian didapatkan nyeri tekan abdomen, dehidrasi, muntah (frekuensi, bahan muntahan) dan bukti-bukti kelainan sistemik pemicu gejala.

- Diagnosis keperawatan untuk Gastritis yaitu (Suratun, 2010; Baughman, 2000; Mardalena, I., 2018):
 - a. Kekurangan volume cairan berkaitan dengan output cairan yang berlebihan (muntah, perdarahan), atau intake cairan yang tidak adekuat.
 - b. Nyeri berkaitan dengan iritasi mukosa gaster.
 - b. Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tindakan pembatasan intake nutrisi, puasa.
 - c. Ansietas berhubungan dengan proses pengobatan dan perubahan status kesehatan.
 - d. Defisit pengetahuan tentang proses penyakit, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang informasi/kurang mengingat, tidak mengenal sumber informasi atau kesalahan interpretasi.

- Intervensi Keperawatan untuk Gastritis (Suratun, 2010; Baughman, 2000; Mardalena, I., 2018):
 - a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan output cairan yang berlebihan (muntah, perdarahan), intake cairan yang tidak adekuat.
 - 1) Tujuan: pemenuhan kebutuhan cairan adekuat.
 - 2) Kriteria hasil: Pengeluaran urine adekuat, tanda-tanda vital dalam batas normal, membran mukosa lembab, turgor kulit baik, pengisian kapiler kurang dari 3 detik.
 - 3) Intervensi:
 - a) Catat karakteristik muntah dan drainase.
 - b) Observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam.
 - c) Monitor tanda-tanda dehidrasi untuk mengidentifikasi terjadinya dehidrasi. D) Observasi masukan (intake) dan pengeluaran (output) cairan untuk mengetahui keseimbangan cairan tubuh.
 - d) Pertahankan tirah baring untuk menurunkan kerja gaster sehingga mencegah terjadinya muntah.
 - e) Berikan cairan per oral 2 liter/hari untuk menetralkan asam lambung.
 - f) Jelaskan pada pasien agar menghindari kafein.
 - g) Berikan cairan intravena sesuai terapi medik untuk pergantian cairan sesuai derajat hipovolemi dan kehilangan cairan.

- h) Pasang NGT pada pasien yang mengalami perdarahan akut untuk membersihkan lambung sesuai program terapi.
 - i) Pantau hasil pemeriksaan HB untuk mengidentifikasi adanya anemia.
 - j) Berikan terapi antibiotik, antasid, Vit K, sesuai program medik untuk mengatasi masalah gastritis dan hematemesis.
- b. Nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa gaster.
- 1) Tujuan: nyeri teratasi
 - 2) Kriteria hasil:
 - a) Pasien rileks, dan dapat tidur nyenyak.
 - b) Skala nyeri pasien adalah 1-2.
 - 3) Intervensi:
 - a) Kaji dan catat keluhan nyeri termasuk lokasi, lamanya intensitas skala nyeri (0-10) untuk menentukan intervensi dan mengetahui efek terapi.
 - b) Berikan makanan dalam jumlah sedikit tapi sering.
 - c) Atur posisi tidur nyaman mungkin. Anjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi.
 - d) Berikan terapi analgetik dan antacid untuk menghilangkan nyeri lambung.
- c. Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tindakan pembatasan intake nutrisi, puasa.

- 1) Tujuan: pemenuhan kebutuhan nutrisi adekuat.
- 2) Kriteria hasil:
 - a) Berat badan stabil.
 - b) Nilai laboratorium: Albumin normal, tidak mual dan muntah berat badan dalam batas normal, bising usus normal.
- 3) Intervensi:
 - a) Kaji status nutrisi dan pola makan pasien.
 - b) Minta pasien berpuasa selama fase akut untuk menurunkan rangsangan lambung sehingga mencegah muntah.
 - c) Berikan minum per oral secara bertahap jika fase akut berkurang untuk merangsang gaster secara bertahap.
 - d) Jelaskan agar pasien menghindari minuman yang mengandung kafein.
 - e) Timbang berat badan pasien setiap hari untuk mengetahui status nutrisi pasien.
 - f) Berikan terapi multivitamin dan antasid sesuai program medik untuk meningkatkan nafsu makan.
- d. Ansietas berhubungan dengan proses pengobatan dan perubahan status kesehatan.

- 1) Tujuan: Ansietas dapat teratasi. Respon fisiologis dalam batas normal.
- 2) Kriteria hasil: Mengetahui derajat kecemasan yang dialami pasien, dan apakah hal tersebut berhubungan dengan kondisi fisik/status syok.
- 3) Intervensi:
 - a) Catat petunjuk perilaku seperti gelisah, kurang kontak mata, perilaku melawan/menyerang.
 - b) Dorong pernyataan takut dan ansietas, berikan umpan balik untuk membuat hubungan terapeutik.
 - c) Berikan terapi suportif pada pasien dan keluarga selama pengobatan dengan memindahkan pasien dari stresor luar, meningkatkan relaksasi.
 - d) Dorong orang terdekat agar tinggal dengan pasien untuk membantu menurunkan takut.
 - e) Kolaborasi dengan memberikan obat sesuai indikasi, seperti diazepam, klorazepat, alpra zoplam.

2. Asuhan Keperawatan Pada Appendicitis

- Pengkajian
 - a. Identitas pasien
 - b. Keluhan utama pasien. Pasien mengeluhkan rasa nyeri di sekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Nyeri perut kanan bawah mungkin timbul beberapa jam dan

kemudian nyeri di pusat atau di epigastrium akan dirasakan setelahnya.

- c. Riwayat kesehatan masa lalu.
- d. Diet dan kebiasaan makan makanan rendah serat.
- e. Kebiasaan eliminasi.
- f. Pemeriksaan Fisik
- g. Pemeriksaan Penunjang
 - 1) Tanda-tanda peritonitis kuadran kanan bawah
 - 2) Laju endap darah (LED) meningkat pada keadaan apendisitis infiltrate
 - 3) Urine rutin penting untuk melihat apa ada infeksi pada ginjal.
 - 4) Peningkatan leukosit, neutrofilia, tanpa eosinofil.
 - 5) Pada enema barium apendiks tidak terisi.
 - 6) Pemeriksaan USG untuk menemukan fekalit non kalsifikasi, apendiks nonperforasi, abses apendiks.

- **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan pada pasien dengan Apendisitis adalah:

- a. Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan/insisi bedah, trauma jaringan, detensi jaringan usus oleh inflamasi.
- b. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah, kehilangan volume cairan secara aktif, kegagalan mekanisme pengaturan, pembatasan pasca operasi (puasa).

- c. Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan ingesti, digesti dan absorpsi.
- d. Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, kemungkinan dilakukannya operasi.
- e. Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh, prosedur invasif (insisi bedah).
- f. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, keterbatasan kognitif.
- Intervensi Keperawatan Untuk Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan/insisi bedah, trauma jaringan, detensi jaringan usus oleh inflamasi.
 - a. Tujuan: Mengurangi nyeri.
 - b. Intervensi:
 - a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, keparahan.
 - b) Observasi ketidaknyamanan nonverbal.
 - c) Gunakan pendekatan yang positif terhadap pasien untuk memenuhi kebutuhan rasa nyamannya dengan cara memberikan pijatan dan perubahan posisi.
 - d) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respons pasien terhadap ketidaknyamanan.
 - e) Anjurkan pasien untuk istirahat dan menggunakan teknik relaksasi saat nyeri.
 - f) Kolaborasi medis dalam pemberian analgesik.

Keperawatan Medikal Bedah

- Intervensi Keperawatan Untuk Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah, kehilangan volume cairan secara aktif, kegagalan mekanisme pengaturan, pembatasan pasca operasi (puasa).
 - a. Tujuan: Mempertahankan keseimbangan cairan.
 - b. Intervensi:
 - a) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.
 - b) Monitor vital sign dan status hidrasi.
 - c) Monitor status nutrisi.
 - d) Awasi nilai laboratorium, seperti Hb/Ht, Na⁺ albumin dan waktu pembekuan.
 - e) Kolaborasikan pemberian cairan intravena sesuai terapi.
 - f) Atur kemungkinan transfusi darah. Saputro, N. E. (2018).

3. Asuhan Keperawatan Pada Kanker Lambung

- Pengkajian
 - a. Persepsi kesehatan-pemeliharaan kesehatan: Adanya riwayat kanker pada keluarga, status kesehatan dan penyakit yang diderita, tingkat pengetahuan dan kepedulian pasien, dan hal-hal yang membuat status kesehatan pasien berubah.

- b. Nutrisi metabolic: Jumlah makanan dan minuman yang dikonsumsi dalam satu hari, adanya mual, muntah, anorexia, kebiasaan merokok, alkohol dan obat-obatan.
 - c. Eliminasi: Pola BAK dan BAB, frekuensi, karakteristik, ketidaknyamanan, dan masalah pengontrolan, adanya diare dan konstipasi.
 - d. Aktivitas dan Latihan: Kebiasaan aktivitas sehari-hari dan rasa sakit saat melakukan aktivitas.
 - e. Tidur dan istirahat: Adanya gejala susah tidur/insomnia.
 - f. Persepsi kognitif: Gangguan pengenalan (orientasi) dan gangguan daya ingat serta cara pasien mengatasi rasa tidak nyaman atau nyeri.
 - g. Persepsi dan konsep diri: Penilaian pasien terhadap dirinya sendiri.
 - b. Peran dan hubungan dengan sesama: Pasien hidup sendiri/keluarga, adanya gangguan pasien dalam keluarga dan masyarakat.
 - c. Reproduksi dan seksualitas: Adanya gangguan seksualitas dan penyimpangan seksualitas, pengaruh/hubungan penyakit terhadap seksualitas.
 - d. Mekanisme koping dan toleransi terhadap stres.
- **Diagnosis Keperawatan**
 - **Pre-Operasi:**
 - a. Nyeri berhubungan dengan proses pertumbuhan sel-sel kanker.

Keperawatan Medikal Bedah

- b. Kecemasan berhubungan dengan rencana pembedahan.
 - c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah dan tidak nafsu makan.
 - d. Intoleransi beraktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.
- Post Operasi
- a. Ketidakefektifan pola napas akibat adanya pengaruh anestesi.
 - b. Nyeri berhubungan dengan interupsi tubuh sekunder terhadap prosedur invasif atau intervensi operasi.
 - c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan status puasa.
 - b. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan peningkatan kerentanan sekunder terhadap prosedur invasif.
 - c. Kecemasan berhubungan dengan ketidakpastian tentang hasil pengobatan kanker.
- Intervensi Pre-Operasi Untuk Nyeri berhubungan dengan proses pertumbuhan sel-sel kanker.
 - a. Tujuan: Nyeri berkurang sampai hilang setelah dilakukan tindakan keperawatan.
 - b. Kriteria Hasil: Nyeri berkurang sampai dengan hilang.
 - c. Intervensi:

- a) Kaji karakteristik nyeri, lokasi, frekuensi untuk mengetahui tingkat nyeri sebagai evaluasi untuk intervensi selanjutnya.
 - b) Kaji faktor penyebab timbul nyeri (takut, marah, cemas). Dengan mengetahui faktor penyebab nyeri, tindakan untuk mengurangi nyeri dapat ditentukan.
 - c) Ajarkan teknik relaksasi tarik napas dalam. Teknik relaksasi dapat mengatasi rasa nyeri.
 - d) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik. Analgetik efektif untuk mengatasi nyeri.
- Intervensi Pre-Operasi Kecemasan berhubungan dengan rencana pembedahan.
 - a. Tujuan: Kecemasan dapat diminimalkan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
 - b. Kriteria Hasil: Kecemasan pasien berkurang.
 - d. Intervensi:
 - a) Jelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien agar pasien lebih kooperatif.
 - b) Beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaan untuk mengurangi kecemasan.
 - c) Dorong pasien untuk mengakui kecemasan dan rasa takut.

Keperawatan Medikal Bedah

- Intervensi Post-Operasi Untuk Nyeri berhubungan dengan interupsi tubuh sekunder terhadap prosedur invasif atau intervensi operasi.
 - a. Tujuan: Nyeri berkurang sampai hilang setelah dilakukan tindakan keperawatan.
 - b. Kriteria Hasil: Nyeri berkurang sampai dengan hilang.
 - c. Intervensi:
 - a) Kaji karakteristik nyeri, lokasi, frekuensi untuk mengetahui tingkat nyeri sebagai evaluasi untuk intervensi selanjutnya.
 - b) Kaji faktor penyebab timbul nyeri (takut, marah, cemas).
 - c) Ajarkan teknik relaksasi dengan menarik napas dalam untuk mengatasi rasa nyeri.
 - d) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik. Analgetik efektif untuk mengatasi nyeri.
- Intervensi Post-Operasi Untuk Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan status puasa.
 - a. Tujuan: Nutrisi pasien terpenuhi setelah dilakukan keperawatan.
 - b. Kriteria Hasil:
 - a) Nutrisi pasien terpenuhi
 - b) Mual berkurang sampai dengan hilang
 - c. Intervensi:
 - a) Kaji bising usus setelah operasi

- b) Segera mulai berikan nutrisi setelah usus aktif.
- c) Hidangkan makanan dalam porsi kecil tapi sering dan hangat. Makanan yang hangat akan menambah nafsu makan.
- d) Kaji kebiasaan makan pasien. Jenis makanan yang disukai akan membantu meningkatkan nafsu makan pasien.
- e) Ajarkan teknik relaksasi yaitu tarik napas dalam. Tarik napas dalam membantu untuk merelaksasikan dan mengurangi mual.
- f) Timbang berat badan bila memungkinkan untuk mengetahui kehilangan berat badan.
- g) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian vitamin untuk mencegah kekurangan karena penurunan absorpsi vitamin larut dalam lemak.

4. Asuhan Keperawatan Pada Hemoroid

- Pengkajian
 - a. Data pasien
 - b. Keluhan: Pasien datang dengan keluhan perdarahan terus menerus saat BAB dan ada benjolan pada anus atau nyeri pada saat defikasi.
 - c. Riwayat penyakit sekarang: Pasien mulai merasakan benjolan keluar dari anus. Dan beberapa hari kemudian ada perdarahan setelah BAB.

- d. Riwayat penyakit dahulu: Pasien pernah menderita penyakit hemoroid sebelumnya, sembuh atau terulang Kembali, dan pada pasien yang tidak mendapat tindakan pembedahan sehingga hemoroid kembali kambuh.
 - e. Pemeriksaan fisik: Pasien dibaringkan dengan posisi menungging dengankedua kaki di tekuk dan menempel pada tempat tidur.
 - f. Inspeksi: Perhatikan jika ada benjolan sekitar anus, terlihat pada saat prolapsi dan berwarna kemerahan.
 - g. Palpasi atau rectal toucher dilakukan dengan menggunakan sarung tangan steril ditambah vaselin.
 - h. Pemeriksaan Diagnostik dilakukan antara lain colok dubur, Anorektoskopi, Proctoscopy atau colonoscopy (untuk menunjukkan hemoroid internal).
- **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis yang mungkin muncul adalah (Smeltzer, 2002; Mardalena, I., 2018):

- a. Nyeri berhubungan dengan iritasi, tekanan, dan sensitifitas pada area rektal atau anal sekunder akibat penyakit anorektal.
- b. Konstipasi berhubungan dengan pengabaian dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama eliminasi.
- c. Ansietas berhubungan dengan rencana pembedahan dan rasa malu.

- d. Risiko terhadap infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat.
- Intervensi Untuk Nyeri berhubungan dengan iritasi, tekanan, dan sensitifitas pada area rektal atau anal sekunder akibat penyakit anorektal.
 - a. Tujuan: Nyeri berkurang atau hilang.
 - b. Kriteria hasil:
 - a) Pasien melaporkan nyeri hilang.
 - b) Pasien mengungkapkan metode menghilangkan nyeri.
 - c) Pasien menunjukkan penggunaan intervensi terapeutik (misal keterampilan relaksasi) untuk menghilangkan nyeri.
 - c. Intervensi:
 - a) Kaji karakteristik, intensitas dan lokasi nyeri untuk membantu menentukan intervensi dan memberikan dasar untuk perbandingan dan evaluasi terhadap terapi.
 - b) Pantau tanda-tanda vital dan anjurkan untuk meningkatkan relaksasi dan koping pasien dengan memfokuskan kembali perhatian.
 - c) Kaji hal-hal yang dapat meningkatkan rasa nyeri.
 - d) Hindarkan hal-hal yang dapat menimbulkan nyeri.
 - e) Ajarkan teknik distraksi dan untuk mengalihkan perhatian terhadap nyeri.

- f) Dorong pasien untuk ambulasi dini untuk meningkatkan normalisasi fungsi.
 - g) Berikan analgesik sesuai indikasi untuk meningkatkan kenyamanan dan untuk menghilangkan nyeri.
- Intervensi Untuk Konstipasi berhubungan dengan pengabaian dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama eliminasi
 - a. Tujuan: Eliminasi kembali normal.
 - b. Kriteria hasil :
 - a) Mengembalikan pola normal fungsi usus.
 - b) Pasien dapat mengeluarkan feses lunak/konsistensi agak berbentuk tanpa mengejan
 - c) Menciptakan kembali kepuasan pola eliminasi usus.
 - c. Intervensi:
 - a) Catat adanya distensi abdomen dan auskultasi peristaltik usus. Distensi dan hilangnya peristaltik usus merupakan tanda bahwa fungsi defekasi hilang dan kemungkinan berhubungan dengan kehilangan persarafan parasimpatis usus besar secara tiba-tiba.
 - b) Anjurkan latihan defekasi secara teratur. Program untuk seumur hidup ini perlu dilakukan secara rutin untuk mengeluarkan feses, dan biasanya termasuk

stimulasi manual, minum jus dan/atau cairan hangat serta menggunakan pelunak feses atau supositoria pada interval tertentu. Kemampuan mengontrol pengeluaran feses penting untuk kemandirian fisik pasien dan penerimaan sosial.

- c) Anjurkan pasien untuk minum paling sedikit 2000 ml/ hari agar feses menjadi lembek dan memfasilitasi eliminasi.
- d) Anjurkan pasien untuk makan makanan sehat dan berserat tinggi.
- e) Anjurkan untuk melakukan pergerakan atau ambulasi sesuai kemampuan untuk menstimulasi peristaltik yang memfasilitasi terbentuknya flatus.
- f) Periksa kembali adanya defekasi, karena feses yang keras atau karena penurunan/sampai tidak adanya feses atau diare. Pengeluaran feses secara manual dengan hati-hati mungkin perlu, dan dilakukan bersamaan dengan intervensi lain untuk menstimulasi pengeluaran feses.
- g) Tingkatkan diet makanan berserat untuk membantu mengatur konsistensi fekal dan meringankan konstipasi.
- h) Beri obat pelembek feses, supositoria, laksatif atau enema jika diperlukan. Mencegah konstipasi,

menurunkan distensi abdomen dan membantu dalam keteraturan fungsi defekasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Mardalena, I., (2018) Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan. Pustaka Baru Press
- Tambunan, D.M., (2023) Asuhan Keperawatan Pada Sistem Pencernaan
Penerbit Yayasan Kita Menulis
- Nugroho, S.A. (2021) Buku Ajar Anatomi Dan Fisiologi Sistem Tubuh Bagi Mahasiswa Keperawatan Medikal Bedah. ResearchGate, 1-158.
- Rahma, H. (2019). Teknik Pemeriksaan Fisik. CV. Jakad Publishing, Surabaya.
- Saputro, N. E. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Apendisitis Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan (Di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Jombang) (Doctoral dissertation, STIKes Insan Cendekia Medika Jombang).
- Mansjoer, Arif, dkk. 2001. Kapita Selekta Kedokteran Edisi 3 Jilid 2. Jakarta. Media Aesculapius.
- Husairi, A., Sanyoto, D.D., Yuliana, I., Panghiyangani, R., Asnawati, and Triawanti. (2020) Sistem Pencernaan - Tinjauan Anatomi, Histologi, Biologi, Fisiologi Dan Biokimia. Cetakan 1. Malang: CV IRDH.

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN

Pendahuluan

Sistem perkemihan merupakan salah satu sistem vital dalam tubuh yang berfungsi menjaga keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa, serta berperan dalam proses ekskresi zat sisa metabolisme. Sistem perkemihan terdiri atas dua ginjal, dua ureter, vesika urinaria, dan uretra. Pembentukan urin merupakan fungsi ginjal sedangkan bagian lain system perkemihan berfungsi dalam pembuangan urin.

Proses pembentukan urin membantu mempertahankan komposisi, volume dan Ph darah dan cairan jaringan dengan membuang zat-zat yang dapat mengacaukan kekonstanan normal dan keseimbangan cairan ekstraselular tersebut

A. Konsep Dasar Sistem Perkemihan

➤ Anatomi dan Fisiologi Sistem Perkemihan

Sistem perkemihan terdiri dari dua ginjal yang memproduksi urin, dua ureter yang membawa urin ke dalam kandung kemih untuk penampungan sementara dan uretra yang mengalirkan urin keluar tubuh melalui orifisium uretra eksternal.

1. Ginjal

Ginjal merupakan organ yang berbentuk seperti kacang, berwarna merah tua, terletak pada setiap sisi dari kolumna tulang belakang antara T12 dan L3. Ginjal kanan sedikit lebih rendah dibandingkan dengan ginjal kiri karena tertekan kebawah oleh hati. Pada orang dewasa setiap ginjal mempunyai panjang 11-12 cm, lebar 6-7 cm, dan berat 120-150 gr.

- Struktur Anatomi Ginjal

Ginjal ditutup oleh kapsul tunika fibrosa yang kuat. Apabila kapsula dibuka terlihat permukaan ginjal yang licin dengan warna merah tua.

Ginjal terdiri atas:

a) Medulla (bagian dalam)

Medularis terdiri atas Pyramid renalis, jumlahnya antara 8-16 buah yang mempunyai basis sepanjang ginjal, sedangkan apeksnya menghadap ke sinus renalis.

b) Korteks (bagian luar)

Kortekalis berwarna coklat merah, konsistensi lunak, dan bergranula, berada tepat di bawah fibrosa, melengkung sepanjang basis pyramid yang berdekatan dengan sinus renalis. Bagian dalam di antara pyramid dinamakan kolumna renalis.

- Struktur Mikroskopis Ginjal

- Nefron

Satuan fungsional ginjal disebut dengan nefron. Dalam setiap ginjal terdapat sekitar 1 juta nefron yang pada dasarnya mempunyai struktur dan fungsi yang sama. Setiap nefron terdiri dari:

- 1) Glomerulus

Bagian ini merupakan gulungan atau anyaman kapiler yang terletak di dalam kapsula Bowman menerima darah dari arteriola aferen dan meneruskan ke sistem vena melalui arteriol eferen. Natrium secara bebas di filtrasi ke dalam glomerulus sesuai dengan konsentrasi dalam plasma. Kalium juga di filtrasi secara bebas, diperkirakan 10-20 % dari kalium plasma terikat oleh protein dalam keadaan normal.

- 2) Tubulus Proximal Konvulta

Tubulus ginjal yang langsung berhubungan dengan kapsula Bowman dengan Panjang 15 mm dan diameter 55 μm . Bentuknya berkelok-kelok berjalan dari korteks ke bagian medulla lalu kembali ke korteks. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi akan diabsorpsi secara isotonik bersama klorida.

- 3) Lengkung Henle

Bentuknya lurus dan tebal diteruskan ke segmen tipis selanjutnya ke segmen tebal, panjangnya 12 mm. klorida secara aktif diserap kembali pada asenden lengkung Henle

dan natrium bergerak secara pasif untuk mempertahankan kenetralan Listrik.

4) Tubulus Distal Konvulta

Merupakan bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok dan letaknya jauh dari kapsula Bowman, panjangnya 5 mm.

5) Duktus Koligentis Medula

Ductus ini memiliki kemampuan mereabsorpsi dan mensekresi kalium. Ekskresi aktif kalium dilakukan pada ductus koligen kortikal dan dikendalikan oleh aldosterone.

Peredaran Darah Ginjal

Ginjal mendapat darah dari arteri renalis yang merupakan cabang dari aorta abdominalis sebelum masuk ke massa ginjal. Arteri renalis mempunyai cabang besar yaitu arteri renalis anterior dan arteri renalis posterior. Cabang anterior memberikan darah untuk ginjal anterior dan ventral dari ginjal, sedangkan cabang posterior memberikan darah untuk ginjal posterior dan bagian dorsal.

2. Ureter

Ureter terdiri atas dua buah saluran, masing-masing bersambung dari ginjal ke kandung kemih, panjangnya 20-30 cm, penampang 0.5 cm dan dinding ureter mempunyai tiga lapisan jaringan yaitu:

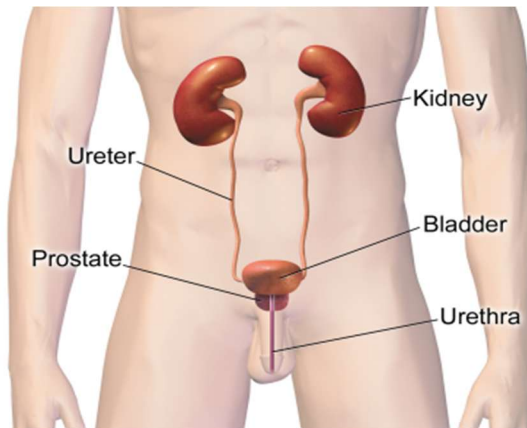
- a. Lapisan terluar adalah lapisan fibrosa.
- b. Lapisan Tengah adalah muskularis longitudinal ke arah dalam dan otot polos sirkular ke arah luar.
- c. Lapisan terdalam epitelium mukosa yang mensekresi selaput mucus pelinsung.

3. Vesica Urinaria

Vesica urinaria terletak tepat di belakang os pubis, merupakan tempat penyimpanan urin yang ber dinding otot yang kuat, bentuknya bervariasi sesuai dengan jumlah urin yang dikandung.

4. Uretra

Merupakan saluran sempit yang berpangkal pada kandung kemih yang berfungsi menyalurkan urine ke luar tubuh. Pada wanita memiliki Panjang 1.5 inci dan pada laki-laki sekitar 8 inci.



Gambar 10. Ginjal dan Posisinya

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Perkemihan

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan yakni melakukan anamnesa keperawatan, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan diagnostik.

a. Anamnesa

Anamnesa pada gangguan sistem perkemihan mencakup tanda dan gejala yang cenderung ke arah penyakit saluran kemih, yang meliputi:

- 1) Rasa nyeri
- 2) Perubahan pada eliminasi urin
- 3) Gejala gastrointestinal
- 4) Riwayat keperawatan mencakup informasi yang berhubungan dengan fungsi ginjal dan saluran perkemihan:
 - a) Alasan atau keluhan utama datang ke rumah sakit
 - b) Adanya rasa nyeri: Lokasi, karakter, durasi dan faktor pemicu
 - c) Riwayat infeksi saluran perkemihan: terapi dan perawatan di rumah sakit yang pernah dialami, adanya gejala panas dan menggigil, riwayat penggunaan kateter atau sitoskopi sebelumnya
 - d) Gejala kelainan berkemih: disuria, hesitansi (nyeri selama dan sesudah berkemih), inkontinensia
 - e) Riwayat salah satu keadaan, seperti: hematuria, nokturia, riwayat impetigo atau sindrom nefrotik, riwayat batu ginjal, riwayat diabetes, hipertensi dan lainnya
 - f) Riwayat adanya lesi pada genital atau penyakit menular seksual

- g) Riwayat penggunaan obat-obatan
- h) Riwayat merokok
- i) Riwayat minum alkohol

b. **Pemeriksaan Fisik**

Gangguan fungsi ginjal mempengaruhi semua sistem tubuh, sehingga diperlukan pengkajian yang menyeluruh. Pengkajian tersebut secara spesifik harus berfokus pada sistem perkemihan. Teknik pemeriksaan fisik pada gangguan sistem perkemihan adalah:

1. Inspeksi pada daerah wajah dan ekstremitas untuk menemukan gejala edema yang menunjukkan retensi cairan
2. Palpasi dapat membantu menentukan ukuran dan mobilitas ginjal
3. Lakukan palpasi dan tekanan pada daerah angulus kostovertebralis. Pada penyakit ginjal dapat menimbulkan nyeri tekan pada daerah angulus kostovertebralis
5. Auskultasi kuadran kanan atas abdomen untuk mendeteksi bruit (suara vesikuler yang menunjukkan stenosis pembuluh arteri ginjal)
6. Lakukan pemeriksaan rektal pada pasien laki-laki untuk mengetahui adanya kelainan pada prostat

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang umum terjadi pada gangguan sistem perkemihan adalah:

- a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan mekanisme regulatori dengan retensi urin
- b. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan stimulasi kandung kemih, iritasi ginjal atau uretra, obstruksi mekanik, inflamasi atau trauma jaringan
- c. Retensi urin berhubungan dengan obstruksi mekanik, pembesaran prostat, ketidakmampuan kandung kemih untuk berkontraksi secara adekuat
- e. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa kandung kemih, spasme otot, trauma jaringan, peningkatan frekuensi kontraksi uretra
- f. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual/muntah, peningkatan kebutuhan metabolic, pembatasan diet
- g. Kurang pengetahuan tentang penyakit, prognosis dan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan informasi, salah mengartikan informasi, tidak mengenal sumber informasi

3. Intervensi dan Implementasi Keperawatan

- a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan mekanisme regulatori dengan retensi urin
 - a) Pantau TTV dan Central Venous Pressure (CVP)

- b) Batasi cairan sesuai indikasi
 - c) Rencanakan penggantian variasi cairan yang akan diberikan
 - d) Auskultasi paru dan bunyi jantung
 - e) Pasang cateter sesuai indikasi
 - f) Pantau hasil pemeriksaan laboratorium seperti: BUN, kreatinin, elektrolit, Hb, Ht
 - g) Kolaborasi pemberian obat diuretic
 - h) Kolaborasi pemberian obat antihipertensi
- b. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan stimulasi kandung kemih, iritasi ginjal atau uretra, obstruksi mekanik, inflamasi atau trauma jaringan
- a) Pantau masukan dan pengeluaran serta karakteristik
 - b) Dorong untuk meningkatkan pemasukan cairan
 - c) Kaji adanya keluhan nyeri kandung kemih
 - d) Pantau hasil pemeriksaan laboratorium: BUN, kreatini dan elektrolit
 - e) Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi
 - f) Pasang cateter
 - g) Siapkan klien untuk prosedur pemeriksaan diagnostic
- c. Retensi urin berhubungan dengan obstruksi mekanik, pembesaran prostat, ketidakmampuan kandung kemih untuk berkontraksi secara adekuat
- a) Kaji pola berkemih (frekuensi, jumlah dan kesulitan berkemih)

- b) Monitor distensi kandung kemih
 - c) Catat intake dan output cairan
 - d) Berikan posisi yang nyaman saat berkemih (pria berdiri, Wanita duduk)
 - e) Stimulasi refleks berkemih
 - f) Anjurkan peningkatkan asupan cairan jika tidak kontraindikasi
 - g) Kolaborasi pemasangan kateter urin bila retensi berat
 - h) Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi
- d. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa kandung kemih, spasme otot, trauma jaringan, peningkatan frekuensi kontraksi uretra
- a) Kaji intensitas nyeri dengan skala nyeri
 - b) Observasi Lokasi, karakter, durasi nyeri
 - c) Monitor tanda vital
 - d) Berikan posisi nyaman untuk mengurangi tekanan kandung kemih
 - e) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
 - f) Kompres hangat pada area suprapubic
 - g) Anjurkan distraksi
 - h) Hindari rangsangan yang memperberat nyeri (menahan urin terlalu lama)
 - i) Monitor respon terhadap tindakan nonfarmakologi
 - j) Kolaborasi dalam pemberian analgetic

- e. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual/muntah, peningkatan kebutuhan metabolic, pembatasan diet
 - a) Kaji status nutrisi
 - b) Monitor perubahan berat badan secara berkala
 - c) Kaji kebiasaan makan dan makanan kesukaan pasien
 - d) Observasi tanda mual, mual, anoreksia
 - e) Catat intake makanan dan cairan setiap hari
 - f) Berikan makanan dalam porsi kecil tapi sering
 - g) Anjurkan makanan tinggi kalori dan protein sesuai indikasi
 - h) sajikan makanan dalam keadaan hangat dan menarik
 - i) hindari bau menyengat yang dapat merangsang mual
 - j) anjurkan kebersihan mulut sebelum makan
 - k) berikan lingkungan nyaman saat makan
 - l) kolaborasi dengan ahli gizi untuk perencanaan diet
 - m) kolaborasi pemberian antiemetik
 - n) monitor hasil laboratorium (Albumin, Hemoglobin)
- f. Kurang pengetahuan tentang penyakit, prognosis dan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan informasi, salah mengartikan informasi, tidak mengenal sumber informasi
 - a) Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya
 - b) Identifikasi kebutuhan belajar pasien dan keluarga
 - c) Kaji kesiapan pasien menerima informasi

- d) Jelaskan tentang penyakit dengan Bahasa sederhana
- e) Jelaskan tujuan tindakan dan prosedur yang akan dilakukan
- f) Edukasi tentang pengobatan dan efek samping obat
- g) Jelaskan tentang pentingnya kepatuhan terapi
- h) Berikan informasi tentang diet yang dianjurkan
- i) Ajarkan tanda dan gejala yang perlu dilaporkan segera
- j) Gunakan media edukasi (leaflet/gambar) bila tersedia
- k) Libatkan keluarga dalam proses edukasi
- l) Berikan kesempatan pasien bertanya
- m) Evaluasi pemahaman pasien
- n) Dokumentasi hasil edukasi

C. Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Perkemihan

a. Asuhan Keperawatan Pada Infeksi Saluran Kemih

1. Pengkajian

Data Subjektif

- a. Nyeri saat berkemih (disuria)
- b. Sering berkemih (frekuensi meningkat)
- c. Urgensi berkemih
- d. Nyeri suprapubic
- e. Demam / menggigil
- f. Urin berbau tajam
- h. Rasa tidak tuntas saat BAK

Data Objektif

- a. Suhu meningkat
- b. Urin keruh / hematuria
- c. Leukosit meningkat
- d. Nitrit positif pada urinalisis
- e. Nyeri tekan suprapubic
- f. Gelisah
- g. Takikardi (jika infeksi berat)

2. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul

- a. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi traktus urinarius
- b. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan infeksi saluran kemih
- c. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi
- d. Risiko penyebaran infeksi
- e. Defisit pengetahuan tentang penyakit dan perawatan

3. Intervensi Keperawatan

- a. Nyeri Akut
 - a) Kaji lokasi, intensitas, dan karakteristik nyeri
 - b) Monitor tanda vital
 - c) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
 - d) Berikan kompres hangat suprapubic

- e) Kolaborasi pemberian analgesik sesuai program medis
- b. Gangguan Eliminasi Urin
 - a) Monitor frekuensi dan jumlah urin
 - b) Observasi warna dan bau urin
 - c) Anjurkan minum 2–3 liter/hari (jika tidak kontraindikasi)
 - d) Anjurkan tidak menahan BAK
 - e) Ajarkan teknik hygiene perineum
 - f) Kolaborasi pemeriksaan urin
- c. Hipertermia
 - a) Monitor suhu tiap 4 jam
 - b) Anjurkan banyak minum
 - c) Berikan kompres hangat
 - d) Observasi tanda dehidrasiKolaborasi pemberian antipiretik
 - e) Monitor hasil laboratorium
- d. Risiko Penyebaran Infeksi
 - a) Monitor tanda infeksi sistemik
 - b) Ajarkan cuci tangan
 - c) Pertahankan teknik aseptik
 - d) Anjurkan kebersihan genital
 - e) Monitor hasil kultur urin
 - f) Kolaborasi pemberian antibiotic

- e. Defisit Pengetahuan
 - a) Jelaskan penyebab ISK
 - b) Ajarkan cara membersihkan area genital (depan ke belakang)
 - c) Anjurkan minum cukup
 - d) Anjurkan tidak menahan BAK
 - e) Edukasi menyelesaikan antibiotik

b. Asuhan Keperawatan Pada Gagal Ginjal Akut dan Kronik

1. Pengkajian

Data Subjektif

- a. Penurunan jumlah urin
- b. Mual muntah
- c. Lemas
- d. Sesak napas
- f. Nafsu makan menurun
- g. Edema
- h. Riwayat dehidrasi / syok / obat nefrotoksik

Data Objektif

- a. Oliguria (<400 ml/hari)
- b. Edema perifer
- c. Peningkatan berat badan cepat
- d. Hipertensi
- e. Takikardi

- f. Laboratorium: Kreatinin meningkat, BUN meningkat, Kalium meningkat
- g. Distensi vena jugularis
- i. Ronki paru (kelebihan cairan)

2. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul

- a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan fungsi ginjal
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- c. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan filtrasi ginjal
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan uremia
- e. Risiko ketidakseimbangan elektrolit
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- h. Risiko perfusi ginjal tidak efektif
- i. Defisit pengetahuan tentang penyakit

3. Intervensi Keperawatan

- a. Kelebihan Volume Cairan
 - a) Monitor intake dan output
 - b) Timbang berat badan setiap hari
 - c) Observasi edema
 - d) Monitor tekanan darah

- e) Auskultasi bunyi napas
 - f) Batasi cairan sesuai program medis
 - g) Kolaborasi pemberian diuretic
 - h) Monitor tanda overload cairan
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- a) Kaji status nutrisi
 - b) Monitor berat badan
 - c) Anjurkan diet rendah protein sesuai indikasi
 - d) Berikan makanan porsi kecil sering
 - e) Hindari makanan tinggi kalium
 - f) Kolaborasi ahli gizi
 - g) Monitor albumin
- c. Gangguan Eliminasi Urin
- a) Monitor jumlah urin per jam
 - b) Catat warna urin
 - c) Monitor distensi kandung kemih
 - d) Anjurkan posisi nyaman saat BAK
 - e) Kolaborasi pemasangan kateter jika perlu
 - f) Monitor fungsi ginjal
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan uremia
- a) Kaji kondisi kulit
 - b) Jaga kebersihan kulit
 - c) Gunakan pelembab
 - d) Hindari garukan

- e) Potong kuku pasien
- f) Ubah posisi tiap 2 jam
- g) Gunakan pakaian longgar
- e. Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit
 - a) Monitor hasil elektrolit
 - b) Observasi tanda hiperkalemia (aritmia)
 - c) Monitor EKG jika tersedia
 - d) Batasi makanan tinggi kalium
 - e) Monitor kelemahan otot
 - f) Kolaborasi terapi elektrolit
- f. Intoleransi Aktivitas
 - a) Kaji tingkat kelelahan
 - b) Anjurkan istirahat cukup
 - c) Bantu aktivitas ADL
 - d) Monitor respon aktivitas
 - e) Tingkatkan aktivitas bertahap
 - f) Monitor tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas
- g. Risiko Perfusi Ginjal Tidak Efektif
 - a) Monitor tekanan darah
 - b) Monitor output urin
 - c) Observasi tanda hipoperfusi
 - d) Pertahankan hidrasi sesuai program
 - e) Monitor kreatinin dan BUN
 - f) Kolaborasi terapi cairan

- h. Defisit Pengetahuan
 - a) Jelaskan penyebab gagal ginjal akut
 - b) Edukasi pembatasan cairan
 - c) Edukasi diet rendah kalium
 - d) Ajarkan monitoring urin
 - e) Edukasi tanda bahaya yang perlu dilaporkan
 - f) Anjurkan kontrol rutin

c. Asuhan Keperawatan Pada Batu Ginjal

1. Pengkajian

Data Subjektif

- a. Nyeri pinggang hebat (kolik renal)
- b. Nyeri menjalar ke perut bawah / selangkangan
- c. Mual muntah
- d. Anyang-anyangan
- e. Nyeri saat berkemih
- f. Riwayat kurang minum
- g. Riwayat batu ginjal sebelumnya

Data Objektif

- a. Gelisah
- b. Hematuria
- c. Oliguria
- d. Nyeri tekan CVA (costovertebral angle)
- e. Takikardi

- f. Tekanan darah meningkat
 - h. Urin keruh
 - i. Kristal pada urinalisis
2. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul
- a. Nyeri akut berhubungan dengan spasme ureter
 - b. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan obstruksi
 - c. Risiko infeksi
 - d. Mual berhubungan dengan nyeri akut
 - e. Defisit pengetahuan tentang pencegahan kekambuhan
3. Intervensi Keperawatan
- a. Nyeri Akut
 - a) Kaji lokasi dan intensitas nyeri
 - b) Monitor tanda vital
 - c) Anjurkan posisi nyaman
 - d) Berikan kompres hangat area nyeri
 - e) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
 - f) Observasi respon terhadap nyeri
 - g) Kolaborasi pemberian analgesik
 - b. Gangguan Eliminasi Urin
 - a) Monitor jumlah urin
 - b) Observasi warna urin

- c) Anjurkan peningkatan cairan (jika tidak kontraindikasi)
 - d) Saring urin untuk melihat batu
 - e) Monitor tanda retensi urin
 - f) Catat frekuensi BAK
 - g) Kolaborasi pemeriksaan USG
- b. Risiko Infeksi
- a) Monitor suhu tubuh
 - b) Observasi tanda infeksi
 - c) Ajarkan kebersihan genital
 - d) Anjurkan minum cukup
 - e) Pertahankan teknik aseptik
 - f) Monitor hasil laboratorium
 - g) Kolaborasi pemberian antibiotik bila perlu
- e. Mual
- a) Kaji tingkat mual
 - b) Berikan makanan porsi kecil
 - c) Hindari makanan berlemak
 - d) Anjurkan istirahat
 - e) Monitor intake
 - f) Kolaborasi pemberian antiemetik
- f. Defisit Pengetahuan
- a) Edukasi minum 2–3 liter/hari
 - b) Edukasi diet sesuai jenis batu
 - c) Anjurkan aktivitas fisik

- d) Edukasi tanda kekambuhan
- e) Ajarkan kontrol rutin
- f) Edukasi kepatuhan pengobatan

d. Asuhan Keperawatan Pada Retensi Urin

1. Pengkajian

Data Subjektif

- a. Tidak bisa berkemih
- c. Perasaan penuh pada kandung kemih
- d. Nyeri suprapubic
- e. Anyang-anyangan
- f. Rasa tidak tuntas saat BAK
- g. Riwayat pembesaran prostat / pasca operasi
- h. Kesulitan memulai aliran urin

Data Objektif

- a. Distensi kandung kemih
- b. Nyeri tekan suprapubic
- c. Oliguria
- d. Gelisah
- e. Kandung kemih teraba penuh
- f. Urin menetes (overflow incontinence)
- i. Hasil bladder scan meningkat (jika ada)

2. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul
 - a. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan obstruksi aliran urin
 - b. Nyeri akut berhubungan dengan distensi kandung kemih
 - c. Risiko infeksi berhubungan dengan stasis urin
 - d. Ansietas berhubungan dengan ketidaknyamanan
 - e. Defisit pengetahuan tentang kondisi penyakit

3. Intervensi Keperawatan
 - a. Gangguan Eliminasi Urin
 - a) Monitor pola berkemih
 - b) Palpasi distensi kandung kemih
 - c) Monitor intake dan output
 - d) Anjurkan posisi normal saat BAK
 - e) Berikan privasi
 - f) Anjurkan teknik relaksasi
 - g) Stimulus berkemih (air hangat, suara air)
 - h) Kolaborasi pemasangan kateter
 - b. Nyeri Akut
 - a) Kaji intensitas nyeri
 - b) Monitor tanda vital
 - c) Anjurkan posisi nyaman
 - d) Kompres hangat suprapubic
 - e) Ajarkan teknik relaksasi

- f) Observasi respon nyeri
- g) Kolaborasi analgesik
- c. Risiko Infeksi
 - a) Monitor suhu tubuh
 - b) Pertahankan teknik aseptik
 - c) Jaga kebersihan perineum
 - d) Monitor warna urin
 - e) Anjurkan minum cukup
 - f) Observasi tanda infeksi
 - g) Kolaborasi antibiotik bila perlu
- d. Ansietas
 - a) Kaji tingkat kecemasan
 - b) Berikan penjelasan prosedur
 - c) Berikan dukungan emosional
 - d) Anjurkan teknik relaksasi
 - e) Libatkan keluarga
 - f) Berikan lingkungan tenang
- e. Defisit Pengetahuan
 - a) Jelaskan penyebab retensi urin
 - b) Edukasi tidak menahan BAK
 - c) Ajarkan latihan bladder training
 - d) Edukasi minum cukup
 - e) Edukasi tanda bahaya yang perlu dilaporkan
 - f) Anjurkan kontrol rutin

e. Asuhan Keperawatan Pada Inkontinensia Urin

1. Pengkajian

Data Subjektif

- a. Tidak mampu menahan urin
- b. Urin keluar tiba-tiba
- c. Sering berkemih
- d. Nokturia
- e. Perasaan malu
- f. Kulit lembab pada area perineum
- g. Riwayat stroke / usia lanjut / pasca persalinan

Data Objektif

- a. Pakaian basah oleh urin
- b. Bau urin
- c. Kulit kemerahan di area perineum
- d. Frekuensi BAK meningkat
- e. Kebocoran urin saat batuk / bersin
- h. Kandung kemih tidak penuh (pada urge incontinence)
- i. Tanda iritasi kulit

2. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul

- a. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kontrol kandung kemih
- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban berlebihan

- c. Risiko infeksi berhubungan dengan paparan urin
 - d. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan inkontinensia
 - e. Defisit pengetahuan tentang latihan kandung kemih
3. Intervensi Keperawatan
- a. Gangguan Eliminasi Urin
 - a) Kaji pola berkemih
 - b) Catat frekuensi inkontinensia
 - c) Anjurkan bladder training
 - d) Anjurkan jadwal BAK teratur
 - e) Batasi minum sebelum tidur
 - f) Anjurkan latihan otot panggul (Kegel)
 - g) Monitor intake dan output
 - b. Gangguan Integritas Kulit
 - a) Kaji kondisi kulit perineum
 - b) Jaga kebersihan area genital
 - c) Keringkan area setelah BAK
 - d) Gunakan barrier cream
 - e) Ganti pakaian basah
 - f) Gunakan alas penyerap
 - g) Ubah posisi secara berkala
 - c. Risiko Infeksi
 - a) Monitor suhu tubuh
 - b) Observasi tanda infeksi

- c) Ajarkan kebersihan perineum
 - d) Anjurkan minum cukup
 - e) Pertahankan teknik aseptik
 - f) Monitor warna dan bau urin
- d. Gangguan Citra Tubuh
- a) Kaji respon emosional
 - b) Berikan dukungan psikologis
 - c) Dorong pasien mengungkapkan perasaan
 - d) Libatkan keluarga
 - e) Berikan lingkungan privasi
 - f) Berikan edukasi bahwa kondisi dapat ditangani
- e. Defisit Pengetahuan
- a) Ajarkan bladder training
 - b) Ajarkan latihan Kegel
 - c) Edukasi jadwal BAK
 - d) Edukasi pembatasan kafein
 - e) Edukasi perawatan kulit
 - f) Anjurkan kontrol rutin

DAFTAR PUSTAKA

- Arif Muttaqin & Kumala Sari. (2011) 'Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan'
- Suzanne C.Smeltzer & Brenda G.Bare. (2001) 'Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah'
- Syaifuddin. (2009) 'Anatomi Tubuh Manusia untuk Mahasiswa Keperawatan'.
- Toto Suharyanto & Abdul Madjid. (2009) 'Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan'
- Valerie C.Scanlon & Tina Sanders . (2006) 'Buku Ajar Anatomi & Fisiologi'

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN DAN METABOLIK

Pendahuluan

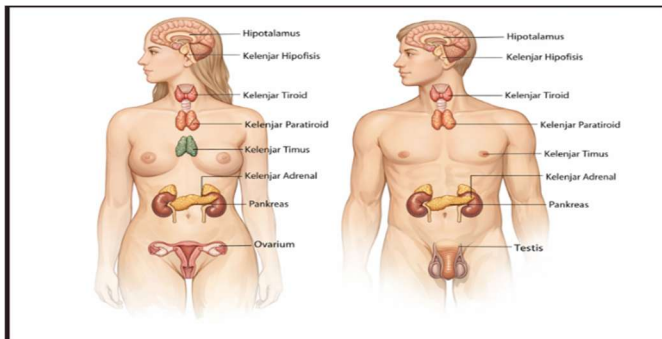
Sistem endokrin merupakan salah satu sistem penting dalam tubuh manusia yang berperan dalam mengatur berbagai proses fisiologis melalui sekresi hormon. Hormon yang dihasilkan oleh kelenjar endokrin berfungsi mengatur metabolisme, pertumbuhan, perkembangan, reproduksi, serta menjaga keseimbangan internal tubuh (homeostasis). Gangguan pada sistem endokrin dapat menyebabkan berbagai penyakit yang berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon maupun gangguan metabolisme.

Gangguan sistem endokrin dan metabolik merupakan masalah kesehatan yang cukup sering dijumpai dalam praktik klinik. Beberapa penyakit yang sering terjadi antara lain diabetes melitus, hipotiroidisme, hipertiroidisme, gangguan kelenjar adrenal, dan gangguan metabolisme lainnya. Penyakit tersebut dapat menimbulkan komplikasi serius apabila tidak ditangani secara tepat. Perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada pasien dengan gangguan sistem endokrin dan metabolik. Asuhan keperawatan

Keperawatan Medikal Bedah

meliputi pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, implementasi tindakan, serta evaluasi hasil keperawatan. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, mencegah komplikasi, serta membantu pasien dalam mengelola penyakitnya secara mandiri.

A. Anatomi dan Fisiologi Sistem Endokrin



Gambar 11. Perbandingan sistem endokrin: pria vs wanita

a. Pengertian Sistem Endokrin

Sistem endokrin merupakan sistem komunikasi kimia dalam tubuh yang menggunakan hormon sebagai mediator untuk mengatur berbagai aktivitas fisiologis. Hormon yang dihasilkan oleh kelenjar endokrin disekresikan langsung ke dalam aliran darah dan akan berikatan dengan reseptor spesifik pada organ target.

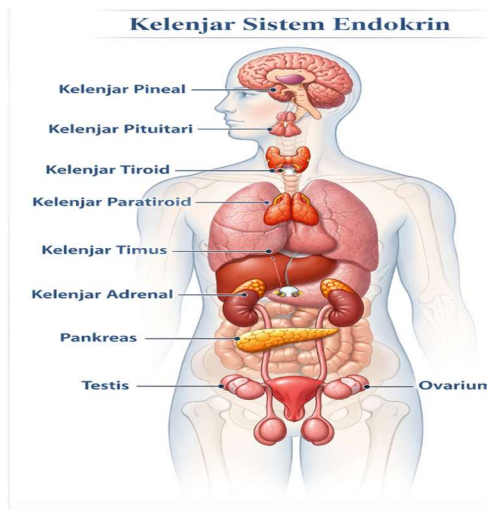
b. Fungsi Sistem Endokrin

Fungsi utama sistem endokrin antara lain:

1. Mengatur metabolisme energi

2. Mengontrol pertumbuhan dan perkembangan
3. Mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit
4. Mengontrol fungsi reproduksi
5. Mengatur respon tubuh terhadap stres
6. Mempertahankan homeostasis tubuh

c. Kelenjar Sistem Endokrin



Gambar 12. Kelenjar Sistem Endokrin

1. Hipotalamus

Hipotalamus berfungsi sebagai pusat pengatur sistem endokrin yang menghubungkan sistem saraf dengan sistem hormonal. Hipotalamus menghasilkan hormon pelepas (releasing hormone) yang mengontrol aktivitas kelenjar hipofisis.

2. Kelenjar Hipofisis

Kelenjar hipofisis terletak di dasar otak dan sering disebut sebagai "master gland" karena mengatur fungsi sebagian besar kelenjar endokrin lainnya.

Hormon yang dihasilkan meliputi:

- Growth Hormone (GH)
- Thyroid Stimulating Hormone (TSH)
- Adrenocorticotrophic Hormone (ACTH)
- Follicle Stimulating Hormone (FSH)
- Luteinizing Hormone (LH)
- Prolaktin

3. Kelenjar Tiroid

Kelenjar tiroid menghasilkan hormon tiroksin (T4) dan triiodotironin (T3) yang berperan dalam mengatur metabolisme tubuh.

4. Kelenjar Paratiroid

Kelenjar ini menghasilkan hormon paratiroid yang berfungsi mengatur metabolisme kalsium dan fosfor dalam tubuh.

5. Kelenjar Adrenal

Kelenjar adrenal terdiri dari dua bagian utama yaitu korteks adrenal dan medula adrenal.

Korteks adrenal menghasilkan:

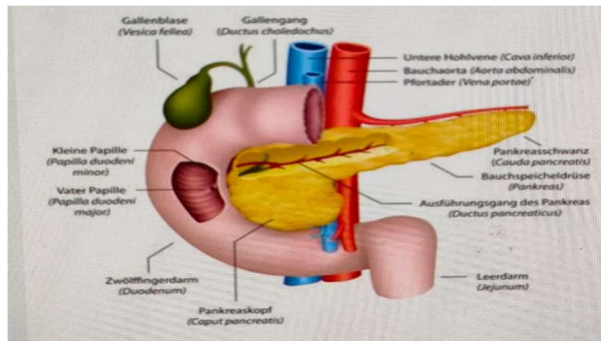
- Kortisol
- Aldosteron
- Androgen

Medula adrenal menghasilkan:

- Epinefrin
- Norepinefrin

6. Pankreas

Pankreas memiliki fungsi endokrin melalui pulau Langerhans yang menghasilkan hormon insulin dan glukagon yang berperan dalam pengaturan kadar glukosa darah.



Gambar 13. Sistem Pankreas

B. Konsep Gangguan Sistem Endokrin dan Metabolik

Gangguan sistem endokrin dapat terjadi akibat perubahan produksi hormon yang terlalu banyak (hipersekreasi) atau terlalu sedikit (hiposekreasi). Selain itu, gangguan juga dapat terjadi akibat resistensi hormon pada jaringan target.

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan gangguan sistem endokrin antara lain:

1. Faktor genetik

2. Penyakit autoimun
3. Infeksi
4. Tumor kelenjar endokrin
5. Gangguan metabolisme
6. Pola hidup tidak sehat

Gangguan metabolik sering berkaitan dengan ketidakseimbangan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dapat mempengaruhi produksi energi dalam tubuh.

C. Diabetes Melitus

a. Definisi

Diabetes melitus merupakan kelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia akibat gangguan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya.

b. Klasifikasi Diabetes

1. Diabetes melitus tipe 1
2. Diabetes melitus tipe 2
3. Diabetes gestasional
4. Diabetes akibat kondisi spesifik lainnya

c. Etiologi

Penyebab diabetes melitus meliputi:

- Faktor genetik
- Obesitas
- Resistensi insulin
- Kurang aktivitas fisik

- Pola makan tinggi kalori

d. **Patofisiologi**

e. **Manifestasi Klinis**

Pada diabetes melitus tipe 2 terjadi resistensi insulin pada jaringan perifer. Kondisi ini menyebabkan glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel sehingga terjadi peningkatan kadar glukosa dalam darah. Hiperglikemia kronis dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah kecil dan besar yang berujung pada berbagai komplikasi.

Gejala klasik diabetes dikenal dengan istilah 3P, yaitu:

- Poliuria
- Polidipsia
- Polifagia

Gejala lain yang dapat muncul antara lain:

- Penurunan berat badan
- Mudah lelah
- Infeksi berulang
- Luka sulit sembuh
- Penglihatan kabur

f. **Komplikasi**

Komplikasi diabetes melitus meliputi:

Komplikasi Akut

1. Hipoglikemia
2. Ketoasidosis diabetik
3. Sindrom hiperglikemik hiperosmolar

Komplikasi Kronis

1. Retinopati diabetik
2. Nefropati diabetik
4. Neuropati diabetik
5. Penyakit jantung koroner
6. Stroke

D. Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian meliputi:

- Riwayat kesehatan
- Pola nutrisi
- Pola aktivitas
- Pemeriksaan kadar glukosa darah
- Pemeriksaan kondisi kulit
- Kepatuhan terapi

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien diabetes antara lain:

1. Ketidakseimbangan nutrisi
2. Risiko infeksi
3. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah
4. Gangguan integritas kulit
5. Kurang pengetahuan mengenai penyakit

c. Perencanaan dan Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dapat dilakukan meliputi:

- Memantau kadar glukosa darah
- Mengatur pola diet pasien
- Memberikan edukasi terapi insulin
- Menganjurkan aktivitas fisik
- Melakukan perawatan luka

d. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan intervensi yang telah dilakukan. Indikator keberhasilan antara lain:

- Kadar glukosa darah terkendali
- Tidak terjadi komplikasi
- Pasien memahami manajemen penyakit
- Pasien mampu melakukan perawatan diri

E. Asuhan Keperawatan pada Hipertiroidisme

Hipertiroidisme merupakan kondisi dimana kelenjar tiroid menghasilkan hormon tiroid secara berlebihan yang menyebabkan peningkatan metabolisme tubuh.

Manifestasi klinis hipertiroidisme meliputi penurunan berat badan, takikardia, tremor, intoleransi panas, dan kecemasan.

Diagnosis keperawatan yang dapat muncul antara lain intoleransi aktivitas, ketidakseimbangan nutrisi, dan ansietas.

Intervensi keperawatan meliputi pemantauan tanda vital, pemberian lingkungan yang tenang, serta edukasi mengenai pengobatan dan kepatuhan terapi.

F. Asuhan Keperawatan pada Hipotiroidisme

Hipotiroidisme merupakan kondisi dimana kelenjar tiroid menghasilkan hormon tiroid dalam jumlah yang rendah.

Gejala yang sering muncul meliputi kelelahan, intoleransi terhadap suhu dingin, peningkatan berat badan, kulit kering, dan konstipasi.

Intervensi keperawatan meliputi pemantauan fungsi tiroid, edukasi terapi hormon, serta peningkatan aktivitas secara bertahap.

G. Peran Perawat dalam Penatalaksanaan Gangguan Endokrin

Perawat memiliki berbagai peran penting dalam penatalaksanaan pasien dengan gangguan sistem endokrin, antara lain:

1. Sebagai pemberi asuhan keperawatan
2. Sebagai edukator dalam memberikan pendidikan kesehatan
3. Sebagai konselor bagi pasien dan keluarga
4. Sebagai koordinator pelayanan kesehatan
5. Sebagai advokat pasien

H. Pencegahan Gangguan Metabolik

Upaya pencegahan gangguan metabolik meliputi:

1. Menerapkan pola makan sehat dan seimbang

2. Melakukan aktivitas fisik secara teratur
3. Mengontrol berat badan
4. Menghindari kebiasaan merokok
5. Melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala

I. Kesimpulan

Gangguan sistem endokrin dan metabolik merupakan masalah kesehatan yang dapat mempengaruhi berbagai fungsi tubuh. Penyakit seperti diabetes melitus, hipertiroidisme, dan hipotiroidisme memerlukan penanganan yang komprehensif melalui pendekatan asuhan keperawatan yang sistematis.

Perawat memiliki peran penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien melalui edukasi kesehatan, pemantauan kondisi pasien, serta pencegahan komplikasi penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association. (2023). Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care.
- Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. (2021). Jakarta: EGC.
- Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. (2022). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Endocrine Physiology. (2019). New York: McGraw-Hill Education.
- Human Physiology. (2021). Boston: Pearson Education.
- International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas (10th ed.). Brussels.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa. Jakarta.
- Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. (2020). St. Louis: Elsevier.
- Medical-Surgical Nursing in Indonesia. (2020). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. (2018). Jakarta: EGC.
- World Health Organization. (2022). Global Report on Diabetes. Geneva

BAB 8

ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF (PRA, INTRA, PASCA OPERASI)

Pendahuluan

Asuhan keperawatan perioperatif adalah perawatan yang diberikan sebelum (pra operasi), selama operasi (intra operasi) dan setelah operasi (pasca operasi). Pelayanan perioperatif adalah bidang pelayanan pasien yang bertindak cepat, tepat, kritis dan menantang. Seorang perawat dalam mempraktikkan pelayanan perioperatif harus mampu memberikan pelayanan yang berkualitas tinggi dan berfokus pada keselamatan pasien. Proses keperawatan memberikan dasar untuk keperawatan perioperatif dengan sifat strategi perawat yang bersifat personal selama perawatan perioperatif sehingga pasien memperoleh prosedur bedah yang sesuai dengan tahapannya dan sampai masa pemulihan yang semestinya. Perawat telah memberi kontribusi yang signifikan dalam menunjukkan manfaat pendidikan dan persiapan pasien perioperatif serta mempromosikan hasil yang positif pada pasien setelah operasi. Seorang perawat yang mempunyai spesialisasi dalam keperawatan perioperatif bertanggung jawab untuk mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan serta mengevaluasi pasien

selama fase pre operatif, intraoperatif dan pasca operatif.

A. Asuhan keperawatan pre operatif

Asuhan keperawatan pre operatif adalah tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien sebelum tindakan pembedahan dilakukan. Tahap ini dimulai sejak pasien diputuskan untuk menjalani operasi hingga pasien dipindahkan ke ruang operasi. Tujuan utama asuhan keperawatan pre operatif adalah mempersiapkan pasien secara fisik dan psikologis agar siap menjalani prosedur pembedahan . Tindakan keperawatan pada fase pre operatif meliputi :

- a. Pengkajian pasien yang meliputi : kondisi fisik, riwayat penyakit, riwayat alergi, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.
- b. Persiapan fisik pasien meliputi : persiapan puasa sebelum operasi, pemasangan jalur intra vena untuk pemberian obat, pemasangan kateter urin bagi Tindakan yang memerlukan, pembersihan area operasi, pelepasan gigi palsu/perhiasan serta pemasangan identitas pasien.
- c. Persiapan psikologis meliputi : memberikan penjelasan mengenai prosedur operasi untuk mengurangi kecemasan.
- d. Persiapan administrasi meliputi : memastikan formular informed consent telah ditanda tangani.
- e. Pemeriksaan tanda – tanda vital meliputi : pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu dan frekuensi pernafasab

sebelum pasien dibawa ke kamar operasi.

Pengkajian khusus pre operatif berpusat pada informasi yang diperlukan untuk memberikan perawatan yang aman sebelum prosedur pembedahan. Data hasil pengkajian yang dilakukan pada pre operatif diarahkan pada data – data yang harus divalidasi oleh tim bedah karena data dan informasi yang tidak akurat dapat mengakibatkan keputusan yang tidak sesuai sampai berakibat fatal dan tidak menjamin keselamatan pasien. Perawat melakukan pengkajian, pengumpulan data, kemudian data di interpretasi, dianalisis dan diperiksa dalam dalam hubungannya untuk memastikan apakah asuhan keperawatan berhubungan dengan kebutuhan pasien. Data yang terkumpul memberikan jembatan antara pengetahuan dan pengalaman keperawatan dan kebutuhan pasien.

B. Asuhan keperawatan intra operatif

Asuhan keperawatan intra operatif adalah pelayanan keperawatan yang diberikan selama proses pembedahan berlangsung di kamar operasi. Perawat memiliki peran penting dalam menjaga keselamatan pasien selama tindakan operasi. Tujuan asuhan keperawatan intra operatif adalah mempertahankan kondisi fisiologis pasien tetap stabil dan mencegah terjadinya cedera dan komplikasi yang berhubungan dengan anastesi, tindakan operasi, perubahan posisi dan akibat penggunaan peralatan selama pembedahan. Perawatan pasien selama operasi membutuhkan

Keperawatan Medikal Bedah

persiapan yang hati – hati dan pengetahuan tentang peristiwa yang terjadi selama prosedur pembedahan. Tugas perawat pada tahap ini meliputi :

- a. Menyiapkan lingkungan kamar operasi agar tetap steril
- b. Menyiapkan alat dan bahan operasi yang diperlukan selama tindakan pembedahan.
- c. Membantu tim bedah termasuk dokter bedah dan dokter anastesi selama prosedur berlangsung
- d. Memantau kondisi fisiologis pasien seperti tanda – tanda vital pasien, perdarahan serta respon pasien terhadap anastesi.
- e. Menjaga prinsip aseptik dan antiseptic untuk mencegah infeksi.

Beberapa diagnosis keperawatan dapat muncul selama atau akibat proses pembedahan seperti : kecemasan, kurang pengetahuan, perdarahan, resiko syok, nyeri dan resiko infeksi. Maka penting bagi perawat merencanakan dan menetapkan hasil untuk masalah yang sudah teridentifikasi guna mempertahankan dan mencegah perburukan kondisi kesehatan pasien setelah pembedahan yang dilakukan.

C. Asuhan keperawatan pasca operatif

Fase pasca operatif dimulai setelah tindakan pembedahan selesai hingga pasien pulih dari efek anastesi dan kondisi fisiologisnya stabil. Tujuan asuhan keperawatan pasca operatif adalah untuk

memantau kondisi pasien, , mencegah komplikasi serta mempercepat proses penyembuhan. Tindakan keperawatan pada tahap pasca operasi meliputi :

- a. Pemantauan tanda – tanda vital secara berkala seperti tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan dan saturasi oksigen.
- b. Pengkajian nyeri dan manajemen nyeri pasca operasi sesuai dengan kebutuhan pasien.
- c. Pemantauan luka operasi termasuk perdarahan, tanda – tanda infeksi dan kondisi balutan luka operasi.
- d. Memantau keseimbangan cairan tubuh pasien.
- e. Membantu mobilisasi dini sesuai kondisi pasien.
- f. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai aktivitas, perawatan luka, pemenuhan nutrisi, serta tanda – tanda komplikasi yang perlu diketahui pasien.
- g. Memindahkan pasien sesuai kondisi atau sesuai standar yang sudah ditentukan oleh dokter anastesi dan dokter penanggung jawab pasien.

Peran perawat selama pasca operatif harus bersifat komprehensif. Perawat memantau perkembangan pasien, mengidentifikasi masalah dan menyelesaikan masalah, serta melakukan intervensi keperawatan dengan tepat sesuai kebutuhan pasien. Perawat menggunakan pengetahuan yang diperolehnya dalam memberikan asuhan yang berkelanjutan diarea perawatan perioperatif. Asuhan keperawatan yang diberikan pada asuhan keperawatan

perioperative dapat membantu mengoptimalkan pengalaman pasien, menguatkan pasien dan memudahkan penyembuhan. Hasil perawatan yang berkualitas dapat diukur dengan secara langsung dengan kriteria hasil pasien dapat dipindahkan keruangan perawatan dengan kondisi stabil dan tanpa adanya komplikasi.

D. Jenis – jenis tugas dan peran perawat perioperatif

Tugas perawat perioperatif sangat kompleks dan membutuhkan keterampilan khusus, ketelitian tinggi serta kemampuan bekerja dalam tim. Perawat berperan penting dalam menjaga kelancaran operasi dan keselamatan pasien dari sebelum sampai setelah tindakan pembedahan. Secara umum tugas perawat perioperatif yang harus dilakukan yaitu meliputi :

1. Sebelum operasi (pra operatif) antara lain : menyiapkan ruang operasi dan peralatan, melakukan pengecekan alat steril, melakukan verifikasi identitas pasien dan prosedur operasi serta memberikan dukungan psikologis kepada pasien.
2. Selama operasi (intra operatif) antara lain : menjaga sterilitas lingkungan operasi, memantau kondisi pasien selama tindakan, bekerja sama dengan tim bedah lainnya, serta menjamin keselamatan pasien.
3. Setelah operasi (pasca operatif) antara lain : membersihkan dan merapikan alat operasi, menghitung Kembali instrument, mendokumentasikan hasil Tindakan serta

mengantar pasien ke ruang pemulihan (recovery room).

Perawat perioperatif memiliki tanggung jawab penting dalam memastikan prosedur, operasi berjalan aman, steril dan efektif. Tugasnya terbagi berdasarkan peran utama yaitu perawat scrub, perawat sirkuler, dan perawat anastesi.

Berikut tugas perawat diruang berdasarkan perannya :

a. Tugas perawat scrub (scrub nurse)

Perawat scrub bekerja diarea steril dan berperan langsung dalam jalannya operasi. Tugas utama dari seorang perawat scrub adalah :

- Menyiapkan alat dan bahan operasi secara steril.
- Menata instrumen di meja operasi sesuai jenis tindakan.
- Menjaga prinsip aseptic dan sterilitas selama operasi
- Memberikan alat kepada dokter bedah dengan tepat dan cepat.
- Menghitung jumlah kasa, jarum, dan instrument sebelum dan sesudah operasi.
- Mengantisipasi kebutuhan alat selama operasi berlangsung.



Gambar 14. Perawat sebagai nurse scrub pada intra operasi

b. **Tugas perawat sirkuler (circulating nurse)**

Perawat sirkuler bekerja diluar area steril dan mendukung seluruh kebutuhan selama operasi. tugas utama dari perawat sirkuler yaitu :

- Mempersiapkan ruang operasi sebelum tindakan operasi.
- Menerima dan memverifikasi identitas pasien.
- Memastikan Informed consent sudah terisi dengan lengkap dan jelas.
- Membantu posisi pasien di meja operasi.
- Mengatur alat tambahan dan kebutuhan selama operasi.
- Mendokumentasikan seluruh proses tindakan operasi
- Menjaga keamanan dan keselamatan pasien.



Gambar 15. Perawat sebagai perawat sirkuler pada pra operasi

c. **Tugas perawat anastesi**

Tugas perawat anastesi bekerjasama dengan dokter anastesi dalam pembiusan pasien. Adapun tugas utama dari seorang perawat anastesi yaitu :

- Mempersiapkan alat dan obat anastesi.
- Membantu proses induksi anastesi.
- Memantau tanda vital pasien selama operasi.
- Mengidentifikasi adanya komplikasi anastesi.
- Membantu proses pemulihan pasien pasca anastesi.



Gambar 16. Perawat sebagai perawat anastesi pada pra operasi

E. Peran perawat dalam keperawatan perioperatif.

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam setiap tahap perioperatif dalam memastikan keselamatan dan kenyamanan pasien selama proses operasi. Berikut adalah beberapa peran perawat antara lain :

1. Caregiver yaitu perawat memberikan asuhan keperawatan langsung
2. Advokat yaitu perawat perioperatif berperan melindungi dan memastikan bahwa hak – hak pasien dihormati dan kebutuhan – kebutuhan pasien terpenuhi.
3. Edukator yaitu perawat perioperatif memberikan Pendidikan, informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang prosedur operasi, perawatan pasca operasi dan pengelolaan nyeri.
4. Koordinator yaitu perawat perioperatif mengkoordinasikan

perawatan pasien dengan tim kesehatan lainnya, termasuk dokter, ahli anastesi dan staf lain.

5. Pencegahan komplikasi yaitu perawat perioperatif memastikan bahwa lingkungan operasi aman dan bebas resiko demi meningkatkan kualitas pelayanan.

F. Alur kerja perawat perioperatif

Alur kerja perawat perioperatif adalah rangkaian kegiatan sistematis yang dilakukan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang menjalani pembedahan, dimulai dari fase pra operatif, intra operatif, dan pasca operatif. Alur ini bertujuan untuk menjamin keselamatan pasien, efektifitas Tindakan dan mempercepat pemulihan.

1. Fase pra operatif

Pada tahap ini, perawat pra operatif mempersiapkan pasien secara fisik dan psikologis sebelum masuk ke kamar operasi. Alur kerjanya yakni mulai dari :

- Penerimaan pasien dengan melakukan verifikasi identitas pasien dan cek kelengkapan status rekam medis pasien serta informed consent.
- Melakukan pengkajian awal dengan memastikan Riwayat Kesehatan, respon alergi dan pemakaian obat -obatan serta melakukan pemeriksaan tanda – tanda vital.
- Periksa persiapan fisik pasien dengan memasang infus, kecukupan puasa sesuai kebutuhan tindakan, dan

kebersihan tubuh pasien.

- Edukasi pasien dengan menjelaskan prosedur operasi yang akan dilakukan, Latihan napas dalam/batuk efektif serta informasi pasca operasi.
- Persiapan akhir yaitu dengan melepas aksesoris, gigi palsu, pemberian premedikasi sampai pengantaran pasien ke ruang operasi.

2. Fase intra operasi

Fase ini dimulai saat pasien masuk keruang operasi hingga dipindahkan ke ruang pemulihan. Alur kerja yang dilakukan perawat perioperatif yaitu :

- Serah terima pasien dengan memverifikasi identitas dan prosedur (time out).
- Persiapan pembedahan dengan memberikan posisi yang aman bagi pasien, serta pemasangan alat monitoring.
- Pada pelaksanaan operasi ; perawat scrub menyiapkan dan memberikan alat steril dan perawat sirkuler mendukung kebutuhan operasi.
- Monitoring pasien dengan memantau tanda vital, mengobservasi perdarahan dan respon pasien.
- Penghitungan alat -alat medis, jumlah kassa sebelum dan sesudah operasi.
- Melakukan dokumentasi pada rekam medis pasien selama operasi.

3. Fase pasca operatif

Fase ini dimulai setelah operasi selesai hingga pasien pulih dan dipantau di ruang pemulihan. Alur kerja yang dilakukan perawat perioperative pada fase ini yaitu :

- Memindahkan pasien ke ruang pemulihan dengan serah terima kondisi pasien setelah operasi.
- Melakukan monitoring tanda – tanda vital, status kesadaran, nyeri dan perdarahan.
- Mengkaji dan melakukan manajemen nyeri dengan memberi analgesic sesuai indikasi.
- Pencegahan komplikasi dengan mengajarkan mobilisasi dini, Latihan napas dalam serta penggantian verbal steril guna mencegah infeksi luka operasi
- Memberikan edukasi lanjutan dengan perawatan di rumah, mobilisasi dan pemenuhan nutrisi yang seimbang.

G. Standar keselamatan periode perioperatif.

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam pelayanan Kesehatan, terutama dalam Tindakan pembedahan yang memiliki resiko tinggi terhadap komplikasi. Oleh karena itu diperlukan standar keselamatan pasien untuk mencegah kesalahan medis serta meningkatkan kualitas pelayanan perioperatif. Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam bedah yang meliputi ; identifikasi pasien dengan benar, prosedur operasi yang tepat, pencegahan dan pengendalian infeksi, melakukan komunikasi

efektif dengan tim bedah dan penggunaan checklist keselamatan operasi.

Menurut World Health Organization (WHO) keselamatan pasien dalam Tindakan pembedahan dapat ditingkatkan melalui penerapan system keselamatan yang terstandar, salah satunya melalui penggunaan Surgical Safety Checklist. WHO mengembangkan Surgical Safety Checklist sebagai alat untuk meningkatkan keselamatan pasien selama tindakan pembedahan. Checklist ini membantu tim bedah memastikan bahwa langkah – langkah penting dalam prosedur operasi telah dilakukan dengan benar. Checklist ini terdiri dari tiga tahap utama yaitu : sign in (sebelum anastesi),time out (sebelum insisi), sign out (sebelum operasi diakhiri). Penerapan Surgical Safety Checklist terbukti dapat menurunkan angka komplikasi akibat pembedahan. Perawat perioperatif harus dengan konsisten melaksanakan standar ini selain karena merupakan bagian dari prosedur yang wajib dilaksanakan di setiap tindakan pembedahan.

H. Komplikasi perioperatif

Komplikasi perioperatif merupakan masalah atau gangguan Kesehatan yang dapat terjadi pada pasien selama periode perioperatif yaitu sebelum, selama atau setelah Tindakan pembedahan. Komplikasi ini dapat disebabkan oleh kondisi pasien, prosedur pembedahan, anastesi maupun faktor lingkungan dikamar operasi.

Menurut Brunner & Suddarth, komplikasi perioperatif adalah kondisi yang tidak diharapkan yang terjaji selama proses pembedahan yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan dan keselamatan pasien. Oleh karena itu, perawat memiliki peran penting dalam melakukan pencegahan, deteksi dini dan penatalaksanaan komplikasi tersebut. Komplikasi perioperative dapat terjadi pada berbagai tahap yaitu pre operasi, intra operasi dan pasca operasi.

a. **Komplikasi pre operatif**

Komplikasi pada fase pre operatif umumnya berkaitan dengan kondisi fisik maupun psikologis pasien sebelum tindakan pembedahan dilakukan. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi antara lain ; kecemasan dan stress, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, infeksi dan gangguan fungsi organ karena penyakit kronis yang dapat meningkatkan resiko komplikasi selama prosedur pembedahan.

b. **Komplikasi intra operatif**

Komplikasi intra operasi adalahj komplikasi yang terjadi selama Tindakan pembedahan berlangsung di kmar operasi. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi antara lain : perdarahan, reaksi terhadap anastesi, hipotemia, cedera jaringan atau saraf dan syok.

c. **Komplikasi pasca operatif**

Komplikasi pasca operasi merupakan komplikasi yang terjadi setelah Tindakan pembedahan selesai dan pasien memasuki masa pemulihan. Beberapa komplikasi yang sering terjadi antara lain : nyeri pasca operasi, infeksi luka operasi, perdarahan pasca operasi,

dan komplikasi pernafasan.

I. Tantangan keperawatan perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan gambaran spesialisasi yang memiliki arti yang luas, bukan hanya sekedar pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Keperawatan perioperatif dilakukan di tiap areadengan menggunakan standar professional dan praktik teknis yang disediakan untuk ruang bedah. Tanggung jawab perawat perioperatif saat ini sangat berbeda dengan perawat kamar bedah pada akhir abad 19. Sedangkan saat ini perawat perioperatif tidak hanya merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi perawatan kepada pasien, namun perawat perioperatif harus mampu mengelola teknologi canggih, berinteraksi dengan keluarga, berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, mengawasi staf lainnya dalam merawat pasien, dan secara terus menerus menjawab perubahan yang cepat dari factor – factor eksternal yang mempengaruhi pemberian peawatan Kesehatan. Perawat perioperatif ditantang setiap hari untuk menyediakan pelayanan yang lebih kompleks dan menyediakan pelayanan tersebut tanpa meminta pengarahannya atau persetujuan dari seorang pengawas keperawatan. Keputusan yang sebelumnya harus berdasarkan rapat atau berdasarkan keputusan pimpinan kamar bedah, saat ini keputusan dapat dibuat disamping pasien dengan kolaborasi dengan professional lainnya. Keperawatan perioperatif harus dipimpin oleh seorang yang intelektual, keterampilan, berpikir kritis,

semangat, disiplin, serta memiliki tindakan kolaboratif yang sejalan dengan perubahan perawat sekarang ini dari suatu kepemimpinan yang birokratif menjadi lebih partisipatif dan interaktif.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth's (2010) Medical – Surgical Nursing.
- Barbara J.Gruendemann & Billie Fernsebner (2008) Buku Ajar Keperawatan Perioperatif
- Jane C. Rothrock (2010) 'Perencanaan Asuhan Keperawatan Perioperatif'
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2022) Standar pelayanan keperawatan di Rumah Sakit, Jakarta.
- Potter & Perry (2018) 'Fundamental of Nursing ; Concepts, process,s, and practice. Edisi 7.
- Setiawan et al. (2018) 'Keperawatan perioperatif ; konsep dan praktik. Jakarta.
- Wijayarini, Maria et al (2010) 'Perawat dan Perawatan bedah.

TENTANG PENULIS



Eka Nugraha V. Naibaho, S.Kep., Ns., M.Kep. Penulis lahir di Pangururan tanggal 04 Mei 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan di Universitas Imelda Medan sejak tahun 2019 sampai sekarang.

Penulis sebelumnya telah menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan pada tahun 2014 dan dilanjutkan Pendidikan Profesi Ners pada tahun 2015 dari Universitas Sari Mutiara Indonesia dan kemudian telah selesai melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan pada tahun 2019 dari Universitas Sumatera Utara, Penulis menekuni bidang Keperawatan Medikal Bedah. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: Naibahoekanugraha@yahoo.com

TENTANG PENULIS



Adelina Sembiring, S.Kep, Ners, M.Kep.

Lahir di Medan, Sumatera Utara pada tanggal 21 Juli 1991. Penulis merupakan anak pertama dari empat bersaudara, dari pasangan ayah K. Sembiring dan ibu R. Br Tarigan. Penulis menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan pada tahun 2009–2013 di USM Indonesia, kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Ners pada tahun 2013–2014 di institusi yang sama. Selanjutnya, penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan pada tahun 2017–2019 di Universitas Sumatera Utara. Dalam perjalanan kariernya, penulis pernah bekerja sebagai perawat pelaksana di RS Sari Mutiara pada tahun 2014–2015. Kemudian pada tahun 2015–2018, penulis bekerja di RS Efarina Etaham Berastagi serta aktif mengajar di SMA/SMK Plus Kesehatan Efarina. Sejak tahun 2020 hingga sekarang, penulis bekerja sebagai tenaga pendidik di STIKes Mitra Husada Medan. Penulis juga aktif dalam kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat di bidang keperawatan, serta memiliki minat khusus dalam pengembangan keperawatan medikal bedah dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Selain itu, penulis turut berkontribusi dalam penyusunan karya ilmiah dan

publikasi di bidang kesehatan sebagai bentuk pengembangan profesionalisme keperawatan.

TENTANG PENULIS



Ali Asman Harahap, S.Kep.,Ns., M.Kep, Anak ke 3 dari 4 bersaudara Penulis yang lahir di Simangambat Godang, 02 Oktober 1990. Pendidikan yang ditempuh dari SD 1 Saipar Dolok Hole pada Tahun 2003, dilanjutkan ke SMPN 1 Saipar Dolok Hole pada Tahun 2006. Menamatkan D3 Keperawatan 2012 di Akademi Keperawatan Imelda Medan (AKPER), S1 Keperawatan pada Tahun 2015 di Universitas Imelda Medan (UIM), Profesi Ners pada Tahun 2020 di Universitas Imelda Medan (UIM), Magister Keperawatan pada Tahun 2022 di Universitas Muhammadiyah
Penulis merupakan tenaga pengajar di Universitas Imelda Medan sampai sekarang dan masih aktif juga di rumah sakit sebagai perawat Instalasi Gawat Darurat sampai saat ini dan aktif juga di praktisi sunat Medan.

TENTANG PENULIS



Nataria Yanti Silaban, S.Kep, Ns., M.Kep, Sp.Kep.MB. Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan. Fakultas Kedokteran & Kesehatan Universitas Imelda Medan. Penulis lahir di Parmonangan, 16 Desember 1987, Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Kedokteran & Kesehatan Universitas Imelda Medan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan dan Profesi Ners, melanjutkan magister keperawatan di Universitas Sumatera Utara dan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Saat ini menekuni bidang Keperawatan Medikal Bedah dan Kegawatdarutan dan Kritis. Penulis Telah menulis beberapa buku dan artikel yang sudah terpublish. Penulis dapat dihubungi melalui Email: labanria@gmail.com

TENTANG PENULIS



Lamtiur Purba, S.Kep., Ns., M.Kep lahir di Sisordak, 07 Juli 1987, merupakan anak keenam dari enam bersaudara, dari Ibu Sondang Nababan dan Bapak Mangarbon Purba. Penulis menempuh Pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Imelda Medan, Pendidikan Magister

Keperawatan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Dan Teknologi Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani, Bandung. Saat ini penulis merupakan Dosen Tetap di Program Studi S-1 Keperawatan Universitas Imelda Medan.

TENTANG PENULIS



Candra Meriani Damanik, S.Kep, Ns, M.Kep. Penulis lahir di Mardosniuhur tanggal 22 Maret 1983. Penulis merupakan anak kelima dari enam bersaudara dan menempuh pendidikan S1 pada Jurusan Profesi Ners dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Penulis menekuni bidang Ilmu Medikal Bedah dan penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Imelda. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: candradamanik77@gmail.com

TENTANG PENULIS



Yuni Shanti Ritonga, S. Kep., Ns., M. Kep. Seorang penulis dan dosen pengajar di Prodi S-1 Keperawatan Universitas Imelda Medan. Penulis lahir di Kota Pinang, 02 Juni 1974. Merupakan anak ke 3 dari 6 bersaudara. Jenjang akademi keperawatan penulis menempuh pendidikan SPK Pemko

Tebing Tinggi Tahun (1994), Melanjut D-3 Keperawatan STIKes Imelda Medan Tahun (2001), Melanjut S-1 Keperawatan STIKes Binalita Sudama Medan Tahun (2012), Melanjut S-2 FIK Universitas Muhammadiyah Jakarta Tahun (2022). Riwayat pekerjaan penulis tahun 1999-2001 bekerja di Klinik Difani Medan, Tahun 2006-2022 bekerja di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan. Penulis aktif mengajar di prodi S-1 Keperawatan dengan mata kuliah yang diampuh Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut, Terapi Komplementer Berdasarkan Evidence based, Keterampilan Dasar Keperawatan.

TENTANG PENULIS



Satriani Hartalina Gultom, S.Kep, Ns.,M.Kep. Seorang penulis dan dosen tetap Prodi Sarjana Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan di Universitas Imelda Medan. Lahir di Panambean II, 01 Oktober 1983 Sumatera Utara. Penulis sebelumnya pernah bekerja di kamar

bedah sebagai perawat scrub kemudian penulis menyelesaikan program Magister Keperawatan (S2) jurusan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Muhammadiyah Jakarta (UMJ) Tahun 2022. Saat ini aktif bekerja sebagai pengajar di Universitas Imelda Medan (UIM)