



KEMENTERIAN
PENDIDIKAN DASAR
DAN MENENGAH

Layanan Penunjang Keperawatan dan *Caregiving*

Nurelah
Ismailah Alam

Hak Cipta pada Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah Republik Indonesia.

Dilindungi Undang-Undang.

Penafian: Buku ini disiapkan oleh Pemerintah dalam rangka pemenuhan kebutuhan buku pendidikan yang bermutu, murah, dan merata sesuai dengan amanat dalam UU No. 3 Tahun 2017. Buku ini disusun dan ditelaah oleh berbagai pihak di bawah koordinasi Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah. Buku ini merupakan dokumen hidup yang senantiasa diperbaiki, diperbarui, dan dimutakhirkan sesuai dengan dinamika kebutuhan dan perubahan zaman. Masukan dari berbagai kalangan yang dialamatkan kepada penulis atau melalui alamat surel buku@kemendikdasmen.go.id diharapkan dapat meningkatkan kualitas buku ini.

Layanan Penunjang Keperawatan dan *Caregiving* untuk SMK/MAK Kelas XII

Penulis

Ns. Nurelah, S.Kep.

Ismailah Alam, S.Kep., Ners.

Penelaah

Dian Perwita Fitrianingrum, S.Kep., Ners, M.Kep.

Ridhoyanti Hidayah

Penyelia/Penyelarass

Supriyatno

Futri F. Wijayanti

Faiz Alfian Ilmi

Marsya Nisrina

Kontributor

Nuansa Bening Difa Senja, S.Keb

Desi Sagitaria

Ns. Rendi Yoga Saputra, S.Kep

Ilustrator

Nadia Ailsa

Editor

Yukharima Minna Budyahir

Editor Visual

Ilhamsyah

Desainer

Syndhi Renolarisa

Penerbit

Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah

Jalan Jenderal Sudirman, Senayan, Jakarta Pusat 10270

Dikeluarkan oleh

Pusat Perbukuan

<https://buku.kemendikdasmen.go.id/>

Cetakan Pertama, 2025

ISBN 978-634-00-1042-8 (no-jil.lengkap)

ISBN 978-634-00-3333-5 (jil-2 PDF)

Isi buku ini menggunakan Noto Serif 9/12 pt, Steve Matteson, Open Font License.

xiv, 242 hlm.: 21 x 27 cm.



Kata Pengantar

Pusat Perbukuan; Badan Standar, Kurikulum, dan Asesmen Pendidikan; Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah memiliki tugas dan fungsi mengembangkan buku pendidikan pada satuan Pendidikan Anak Usia Dini, Pendidikan Dasar, dan Pendidikan Menengah, termasuk Pendidikan Khusus. Sebagai sumber belajar utama dalam pembelajaran, buku dirancang untuk mendukung proses pembelajaran yang terarah, sistematis, dan relevan dengan kebutuhan zaman. Dalam rangka mendukung terciptanya pembelajaran yang bermutu, pemerintah mengembangkan buku teks utama yang terdiri atas Buku Siswa dan panduan guru. Buku ini merupakan sumber belajar utama dalam pembelajaran bagi murid dan menjadi salah satu referensi atau inspirasi bagi guru dalam merancang dan mengembangkan pembelajaran sesuai karakteristik, potensi, dan kebutuhan peserta didik. Keberadaan buku teks utama ini diharapkan dapat menumbuhkan generasi yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, dan berakhlak mulia; berpengetahuan luas; mandiri; kritis; kreatif; mampu bekerja sama; serta berdaya saing di tingkat nasional maupun global.

Buku teks utama, sebagai salah satu sarana membangun dan meningkatkan budaya literasi masyarakat Indonesia, perlu mendapatkan perhatian khusus. Pemerintah perlu menyiapkan buku teks utama yang mengikuti kebutuhan zaman untuk semua mata pelajaran wajib maupun mata pelajaran peminatan, sehingga dapat dimanfaatkan oleh semua jenjang dan jenis pendidikan, termasuk Pendidikan Khusus.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkolaborasi dalam upaya menghadirkan buku teks utama ini. Semoga buku teks utama ini dapat menjadi tonggak perubahan yang menginspirasi, membimbing, dan mengangkat kualitas pendidikan kita ke puncak keunggulan.

Jakarta, November 2025
Kepala Pusat Perbukuan,

Supriyatno, S.Pd., M.A.





Prakata

Segala puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Allah Swt. Alhamdulillah Rabbil 'Aalamin, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, kami dapat menyelesaikan penyusunan buku *Layanan Penunjang Keperawatan dan Caregiving Untuk SMK Kelas XII* sebagai Buku Siswa mata pelajaran layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* SMK/MAK konsentrasi keahlian layanan penunjang keperawatan dan *caregiving*.

Sekolah menengah kejuruan memiliki peran untuk menyiapkanmu agar siap bekerja, berwirausaha, dan melanjutkan ke jenjang yang lebih tinggi. Oleh karena itu, arah pengembangan pendidikan menengah kejuruan diorientasikan pada penentuan permintaan dunia usaha dunia industri. Upaya-upaya peningkatan mutu pendidikan melalui perbaikan mutu proses pembelajaran (di ruang kelas, di laboratorium, di industri atau lapangan kerja, dan sebagainya) merupakan inovasi pendidikan yang harus terus dilakukan. Pembelajaran berbasis belajar adalah terbangunnya kemandirianmu untuk membangun pengetahuan di dalam benakmu sendiri dari berbagai variasi informasi melalui suatu interaksi dalam proses pembelajaran. Selain pendidik yang harus membantu untuk membangun pengetahuannya, diperlukan sarana belajar yang efektif. Salah satu sarana yang paling penting adalah penyediaan buku pelajaran sebagai rujukan yang baik dan benar. Penyertaan buku ini sangat penting karena buku teks pelajaran merupakan salah satu sarana yang signifikan dalam menunjang proses kegiatan pembelajaran.

Berdasarkan hal tersebut di atas, harapan kami semoga buku ini dapat dijadikan sebagai buku referensi untuk peganganmu dalam menambah wawasan dan pengetahuan dalam kegiatan belajar. Buku ini bersifat terbuka dan progresif, untuk itu kami menerima berbagai kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk kesempurnaan buku ini di masa yang akan datang.

Jakarta, September 2025

Penulis



Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Prakata	iv
Daftar Isi	v
Daftar Gambar	vii
Daftar Tabel	ix
Petunjuk Penggunaan Buku ..	xi

Bab I Ilmu Penyakit Umum dan Kejiwaan Sesuai Tahapan Usia 1

A. Penyakit Sistem Urinaria.....	4
1. Infeksi Saluran Kemih (ISK).....	4
2. Inkontinensia Urine	7
3. Gagal Ginjal Kronik.....	9
B. Penyakit Sistem Reproduksi	13
1. Gonore.....	13
2. Sifilis	16
3. Preeklampsia.....	19
C. Penyakit Sistem Endokrin	22
1. Diabetes Melitus	22
2. Hipertiroidisme	25
3. <i>Polycystic Ovary Syndrome</i> (PCOS).....	27
D. Penyakit Sistem Saraf	30
1. Strok (<i>Stroke</i>).....	30
2. Epilepsi.....	33
3. Meningitis.....	36
E. Penyakit Sistem Imunologi	39
1. HIV/AIDS	39
2. <i>Rheumatoid Arthritis</i>	41
3. Psoriasis	44
F. Penyakit Sistem Onkologi.....	47
1. Kanker Payudara	47
2. Kanker Serviks.....	50
3. Kanker Paru-Paru	53



G. Penyakit Sistem Integumen.....	55
1. Dermatitis Atopik.....	55
2. Cacar Air (<i>Chicken Pox, Varicella</i>).....	58
3. Luka Bakar.....	61
4. Urtikaria	65
H. Penyakit Sistem Indra.....	67
1. Katarak	67
2. Konjungtivitis.....	70
3. Infeksi Telinga Tengah (<i>Otitis Media</i>)	73
I. Penyakit Kejiwaan.....	76
1. Skizofrenia.....	76
2. <i>Digital Addiction</i>	81
3. Depresi	83

Bab II Kebutuhan Dasar Manusia 91

A. Kebutuhan Psikologis dan Sosial.....	94
1. Pengertian Kebutuhan Psikologis dan Sosial	94
2. Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Psikologis dan Sosial.....	96
3. Tindakan Pemenuhan Kebutuhan Psikologis dan Sosial	96
4. Pengaruh Kebutuhan Psikologis dan Sosial Terhadap Kesehatan Fisik dan Mental	98
B. Kebutuhan Spiritual.....	99
1. Pengertian Kebutuhan Spiritual.....	100
2. Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual.....	100
3. Peran Perawat dalam Memfasilitasi Kebutuhan Spiritual Klien	101
C. Perawatan Luka Dasar	104
1. Pengertian Luka	104
2. Mekanisme Terjadinya Luka	104
3. Jenis Luka.....	105
4. Proses Penyembuhan Luka.....	106
5. Prosedur Perawatan Luka	107
D. Perawatan dan Aktivitas Lansia.....	111
1. Pengertian Lanjut Usia (<i>Lansia</i>)	111
2. Perubahan Kesehatan pada Lansia	111
3. Perawatan pada Lansia.....	112
4. Aktivitas pada Lansia.....	112



E. Pemeriksaan Tingkat Kesadaran Klien	117
1. Konsep Dasar Tingkat Kesadaran	117
2. Cara Pengukuran Tingkat Kesadaran	117
3. Gangguan Kesadaran.....	119
F. Memfasilitasi Proses Berduka dan Kehilangan.....	120
1. Konsep Kehilangan.....	120
2. Konsep Berduka	121
3. Peran Perawat dalam Memfasilitasi Proses Berduka dan Kehilangan	123
G. Perawatan Pasien Menjelang Ajal dan Pasien Meninggal Dunia	125
1. Konsep Kematian	125
2. Tanda-Tanda Kematian	126
3. Peran Perawat dalam Perawatan Meninggal Dunia.....	127
4. Prosedur Perawatan Jenazah	128

Bab III Keterampilan Dasar Layanan Penunjang Keperawatan dan Caregiving 136

A. Keperawatan Noninvasif.....	137
1. Prosedur Relaksasi Napas Dalam.....	137
2. Pertolongan Fisioterapi Dada (Batuk Efektif).....	140
3. Prosedur Pemasangan Buli-Buli Panas.....	144
4. Prosedur Pemasangan Kirbat Es	147
5. Prosedur Pemasangan Kompres Hangat Basah.....	149
6. Prosedur Pemasangan Kompres Dingin Basah.....	152
B. Pemberian Obat	155
1. Pemberian Obat Secara Oral	155
2. Pemberian Obat Tetes.....	158
3. Pemberian Obat Topikal	165
4. Pemberian Obat Suppositoria	167
C. Pertolongan Pertama pada Kegawatdaruratan	170
1. Bantuan Hidup Dasar	170
2. <i>Choking Management</i>	178
D. Perawatan Disabilitas.....	183
1. Teknik Komunikasi dengan Penyandang Disabilitas ...	184
2. Penatalaksanaan Disabilitas.....	186

Glosarium212

Daftar Pustaka.....224

Indeks.....232

Profil Pelaku Perbukuan.....235



Daftar Gambar

Gambar 1.1	Pelaksanaan Pemeriksaan Kejiwaan.....	3
Gambar 1.2	Infeksi Saluran Kemih	4
Gambar 1.3	Inkontinensia Jenis Stres, Urgensi, dan <i>Overflow</i>	8
Gambar 1.4	Kondisi Ginjal Normal dan Gagal Ginjal.....	10
Gambar 1.5	Lesi pada Sifilis Sekunder	16
Gambar 1.6	Pemeriksaan Rutin Selama Kehamilan.....	20
Gambar 1.7	Proses Pemeriksaan Gula Darah.....	22
Gambar 1.8	Kondisi Tiroid Normal dan Hipertiroid	25
Gambar 1.9	Kondisi Ovarium Normal dan PCOS	28
Gambar 1.10	Kondisi Otak dengan <i>Stroke</i> Iskemik dan Hemoragik.....	31
Gambar 1.11	Kondisi seseorang ketika mengalami kejang.	33
Gambar 1.12	Kondisi Meningens Normal dan Meningitis.....	36
Gambar 1.13	Kondisi sendi sehat dan yang mengalami peradangan.	42
Gambar 1.14	Gejala Psoriasis pada Kulit	45
Gambar 1.15	Kondisi Kanker Payudara Stadium 1	47
Gambar 1.16	Kanker Serviks	50
Gambar 1.17	Perbandingan paru-paru sehat dan yang mengidap kanker.	53
Gambar 1.18	Kondisi Kulit Dermatitis Atopik	56
Gambar 1.19	Cacar Air	59
Gambar 1.20	Luka Bakar	62
Gambar 1.21	Urtikaria pada Lengan.....	65
Gambar 1.22	Mata Normal (Kiri) dan Mata dengan Katarak (Kanan)	68
Gambar 1.23	Kondisi Mata Konjungtivitis.....	71
Gambar 1.24	Kondisi Telinga Normal dan Telinga dengan Otitis Media.....	73
Gambar 1.25	Kondisi Klien Skizofrenia.....	77
Gambar 1.26	Penderita depresi selalu merasa bersalah dan tidak berharga.....	84
Gambar 2.1	Kebutuhan Klien Lansia	93
Gambar 2.2	Memfasilitasi Kegiatan Beribadah	102
Gambar 2.3	Perawatan Luka.....	109
Gambar 2.4	Gerakan Senam Lansia	114
Gambar 2.5	Memfasilitasi proses berduka dan kehilangan.....	121
Gambar 2.6	Perawatan Jenazah	128



Gambar 3.1	Relaksasi Napas Dalam	138
Gambar 3.2	Pertolongan Batuk Efektif	141
Gambar 3.3	Pemasangan Buli-Buli Panas	144
Gambar 3.4	Pemasangan Kirbat Es	147
Gambar 3.5	Pemasangan Kompres Hangat Basah.....	150
Gambar 3.6	Pemasangan Kompres Dingin Basah.....	152
Gambar 3.7	Berbagai Rute Pemberian Obat.....	155
Gambar 3.8	Pemberian Obat Oral.....	156
Gambar 3.9	Jenis Obat Oral	156
Gambar 3.10	Pemberian Obat Tetes Mata, Hidung, dan Telinga	158
Gambar 3.11	Proses Pemberian Obat Topikal.....	165
Gambar 3.12	Proses Pemberian Obat Supositoria	168
Gambar 3.13	Pertolongan Pertama pada Kegawatdaruratan.....	170
Gambar 3.15	Penolong meminta bantuan.....	172
Gambar 3.14	Penolong mengecek respon klien.....	172
Gambar 3.16	Cara mengecek nadi karotis.....	173
Gambar 3.17	Kompresi dengan Lengan Lurus.....	173
Gambar 3.18	Pijat di bagian tengah dada.....	173
Gambar 3.19	Tiga puluh kali kompresi berbanding dua kali ventilasi.....	174
Gambar 3.20	Manuver <i>Jaw Thrust</i> dan Manuver <i>Head Till Chin Lift</i>	175
Gambar 3.21	Bantuan Pernapasan (I) <i>Mouth To Stoma</i> , (ii) <i>Mouth To pocket mask/pocket CPR mask/resucitator mask</i> (iii) <i>Bag Valve Mask</i>	176
Gambar 3.22	<i>Recovery Position</i>	176
Gambar 3.23	<i>Heimlich Maneuver</i>	179
Gambar 3.24	<i>Abdominal Thrust</i>	180
Gambar 3.25	<i>Sandwich Maneuver</i>	180
Gambar 3.26	<i>Chest Thrust</i>	181
Gambar 3.27	Berbagai Kondisi Disabilitas	183





Daftar Tabel

Tabel 1.1 Proses Keperawatan PCOS	29
Tabel 1.2 Faktor Risiko dan Manifestasi Klinis <i>Stroke</i>	31
Tabel 1.3 Proses Keperawatan Psoriasis	45
Tabel 1.4 Faktor Risiko dan Manifestasi Klinis Kanker Paru-Paru.....	54
Tabel 1.5 Proses Keperawatan Cacar Air	60
Tabel 2.1 Prosedur Perawatan Luka	107
Tabel 2.2 Prosedur Perawatan Jenazah.....	126
Tabel 3.1 Prosedur Pemasangan Kirbat Es.....	148
Tabel 3.2 Prosedur Pemberian Obat Tetes Mata.....	159
Tabel 3.3 Alat dan Bahan Pemberian Obat Supositoria	168
Tabel 3.4 Kedalaman Kompresi.....	174



Ada Apa dalam Buku Ini?

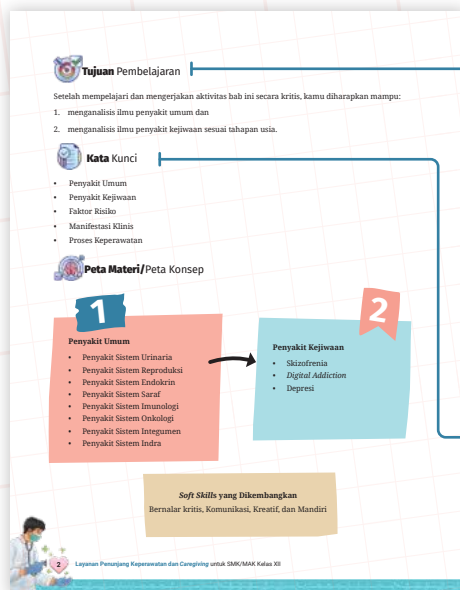
Dalam buku ini, kalian akan menemukan gambar-gambar sebagai penanda kegiatan pembelajaran yang akan dilakukan. Cermati gambar-gambar berikut beserta artinya!



Pokok Bahasan

Pahami setiap pokok bahasan pada setiap bab:

- Bab 1 : Ilmu Penyakit Umum dan Kejiwaan Sesuai Tahapan Usia
- Bab 2 : Kebutuhan Dasar Manusia
- Bab 3 : Keterampilan Dasar Layanan Penunjang Keperawatan dan Caregiving



Tujuan Pembelajaran

Menerangkan kompetensi dan lingkup materi yang dapat dikuasai murid.

Kata Kunci

Kata/istilah penting berhubungan dengan materi yang muncul pada uraian materi setiap bab.

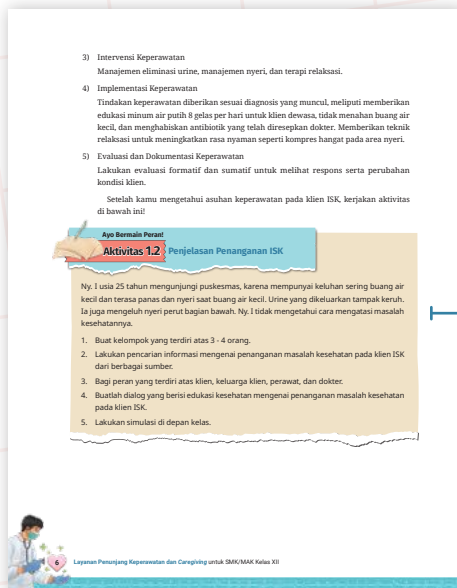
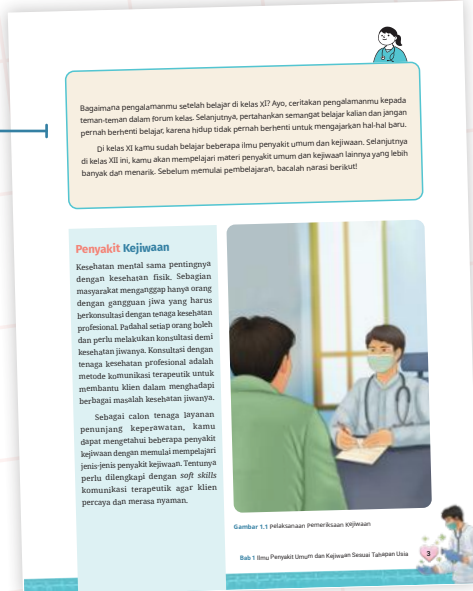


Apersepsi

Proses menghubungkan ide atau informasi baru dengan pengalaman dan pengetahuan yang sudah dimiliki sebelumnya.

Peta Materi

Merupakan alur penyajian materi bab dan subbab.



Metode Pembelajaran

Metode pembelajaran yang digunakan dalam pembelajaran buku ini adalah sebagai berikut.

1. Diskusi partisipatif
2. Presentasi audio visual
3. Diskusi kelompok
4. Studi kasus
5. Simulasi



Praktikum

Lembar acuan yang digunakan untuk melatih keterampilan murid.



Ayo Lakukan! Aktivitas 1.6 Jashi Faktor Gagal Ginjal

Di sebuah puskesmas terjadi peningkatan kasus gagal ginjal pada anak dan remaja. Gejala yang terjadi adalah bengkak pada area wajah dan kaki, penurunan output urine, dan tubuh lemah. Menurut data yang didapatkan dari para kader, anak-anak dan remaja tersebut sering mengonsumsi minuman kemasan serta tidak memenuhi kebutuhan minum air putih.

Dari kasus di atas, apa yang akan kamu lakukan jika kamu menjadi tenaga kesehatan di puskesmas tersebut? Apa yang kamu pelajari dari kejadian kasus di atas?



Suplemen

Tahukah kamu pola hidup *sedentary* atau malas gerak (*mager*) menjadi penyumbang faktor risiko angka penderita penyakit ginjal di Indonesia? Menurut Kemenkes (2021), ginjal memiliki fungsi penting dalam tubuh, yaitu mengeluarkan sisa-sisa produk dari tubuh, menyeimbangkan cairan tubuh, dan mengaktifkan vitamin D untuk kesehatan tulang dan gigi. Jika fungsi ginjal terganggu, akan sangat berbahaya bagi kesehatan dan dapat menyebabkan kematian. Penting menjaga ginjal agar terhindar dari penyakit gagal ginjal kronis. Gagal ginjal kronis dapat dicegah dengan diet seimbang, minum air putih yang cukup, rajin aktivitas fisik, istirahat yang cukup, dan mengelola stres. Kunjungi tautan <https://tubuh.kemendiknas.go.id/40409011> atau pindai kode QR di samping untuk menambah wawasanmu!



Layanan Penunjang Keperawatan dan Caring untuk SMK/MAK Kelas XI

a. Pengertian

Pemasangan kribat es adalah tindakan keperawatan yang melibatkan pemberian kompres dingin lokal menggunakan kantong es atau bahan serupa untuk memberikan efek terapeutik pada tubuh.

b. Tujuan

Tujuan utama dari pemasangan kribat es adalah sebagai berikut.

- 1) Mengurangi Nyeri.
- 2) Mengurangi Peradangan.
- 3) Mengurangi Bengkak (edema).
- 4) Mengurangi Perdarahan.

c. Indikasi

- 1) Perdarahan lokal
- 2) Pascaoperasi
- 3) Nyeri sendi dan otot
- 4) Migrain

Untuk persiapan alat dan bahan serta cara kerja pemasangan kribat es, dapat kamu pelajari pada tabel berikut.

Tabel 3.1 Prosedur Pemasangan Kribat Es

Alat dan Bahan	Cara Kerja
1. Kribat es dengan sarungnya	1. jelaskan prosedur pada klien.
2. Perlak	2. jaga privasi klien.
3. Mangkuk berisi patung es	3. Atur klien dalam posisi nyaman mungkin.
4. Garam satu sendok teh	4. Cuci tangan dan pasang sarung tangan.
5. Lap kerja	5. Isi kribat es dengan potongan es hingga 2/3 bagian dicampur dengan garam.
6. Sarung tangan	6. Keluarkan udara dan tutup kribat es, pastikan tidak ada kebocoran.
7. Buku catatan dan alat tulis	7. Keringkan dengan lap kerja dan pasang sarung kribat.
	8. Letakkan perlak di bawah area yang dipasang kribat.
	9. Letakkan kribat pada bagian tubuh yang dikompres, dengan kepala kribat mengarah ke luar tempat tidur (lakukan minimal tiga kali sehari pada luka yang membesar dan meradang selama 10 menit).
	10. Pantau respons klien.
	11. Rapikan klien.
	12. Rapikan alat dan cuci tangan.
	13. Evaluasi dan dokumentasi Tindakan.



Layanan Penunjang Keperawatan dan Caring untuk SMK/MAK Kelas XI

Suplemen

Kegiatan tindak lanjut untuk menambah wawasan yang diberikan kepada murid yang telah mencapai atau melampaui kriteria tuntas.



Ayo Lakukan! Aktivitas 3.9

Seorang remaja berusia 17 tahun datang ke klinik dengan keluhan nyeri dan pembengkakan pada pergelangan kaki kanan setelah terjatuh saat bermain futsal. Klien tampak kesulitan untuk berjalan dan mengeluh nyeri saat pergelangan kaki disentuh. Sebagai tenaga kesehatan yang sedang praktik, kamu diminta untuk memberikan tindakan keperawatan noninvasif untuk membantu klien mengatasi rasa nyeri dan mengurangi pembengkakan pada kaki.

1. Buatlah kelompok beranggotakan 2-3 orang.
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan pemasangan kribat es pada kasus di atas.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan praktik pemasangan kribat es secara berpasangan.
6. Diskusikan hasil dan refleksi pengalaman praktik.

5. Prosedur Pemasangan Kompres Hangat Basah

Kompres hangat basah adalah salah satu bentuk terapi panas menggunakan kain yang direndam air hangat, kemudian direpotkan ke bagian tubuh tertentu. Untuk mengetahui lebih lanjut mengenai teknik kompres hangat basah, ayo kerjakan aktivitas berikut.



Ayo amati! Aktivitas 3.10

1. Amati video pemasangan kompres hangat pada tautan atau kode QR di samping.
2. Bagaimana perasaan kamu setelah melihat video tersebut?
3. Sebelum minum obat, apa yang kamu lakukan ketika demam?
4. Jika tidak kamu adalah mengompres, di mana sebaiknya waslap diletakkan untuk mendapatkan hasil terbaik?



https://tubuh.kemendiknas.go.id/40409011

Bab 3 Keterampilan Dasar Layanan Penunjang Keperawatan dan Caring



Tugas Mandiri

Kegiatan yang bertujuan untuk melatih murid dalam memahami suatu materi dan dikerjakan secara individu.



ASESMEN SUMATIF 1

A. Berikan tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang benar!

1. Ny. L usia 25 tahun datang ke klinik untuk melakukan pemeriksaan. Ia mengeluh sering buang air kecil, nyeri saat buang air kecil, dan urine berbau menyengat. Saat pengkajian tanda-tanda vital, tidak ada demam tetapi hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukosit tinggi. Diagnosis penyakit yang paling mungkin terjadi pada kasus Ny. L adalah ...
 - a. gagal ginjal kronis
 - b. pielonefritis
 - c. infeksi saluran kemih (ISK)
 - d. gagal ginjal akut
 - e. glomerulonefritis
2. Ny. K usia 28 tahun sedang hamil 24 pekan. Ia memeriksakan diri ke poli kandungan rumah sakit. Ny. K mengalami sakit kepala hebat, penglihatan kabur, dan kaki bengkak. Saat perawat melakukan pemeriksaan tekanan darah, hasilnya menunjukkan 170/110 mmHg. Hasil laboratorium menunjukkan proteinuria positif. Ny. K menunjukkan gejala pada kasus penyakit ...
 - a. eklampsia
 - b. hipertensi pada lansia
 - c. pre-eklampsia
 - d. anemisa kehamilan
 - e. kehamilan ektopik
3. Rencana tindakan keperawatan (intervensi) yang dapat dilakukan kepada lansia dengan kasus inkontinensia urine adalah ...
 - a. membatasi asupan cairan
 - b. memasang kateter jangka panjang
 - c. menyarankan tirah baring total
 - d. melatih latihan dasar panggul (kegel exercise)
 - e. memberi obat pelancar urine
4. Tn. L usia 35 tahun, menderita HIV/AIDS. Ia mengalami penurunan berat badan dan diare kronis. Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat adalah ...
 - a. membantu dalam aktivitas sehari-hari
 - b. membatasi asupan cairan oral
 - c. memantau asupan nutrisi dan cairan
 - d. memunda terapi obat
 - e. menurunkan suhu ruangan



Layanan Penunjang Keperawatan dan Caring Unit SMK/MAK Kelas XII

Asesmen Sumatif

Digunakan untuk mengetahui sejauh mana kompetensi yang sudah dicapai murid setelah mempelajari materi dalam satu bab.

Refleksi

Kegiatan yang dapat dilakukan oleh murid maupun guru di akhir kegiatan pembelajaran guna mengevaluasi kegiatan belajar mengajar.

Pengayaan

Apakah kamu ingin mengetahui lebih banyak tentang penyakit umum dan gangguan kejiwaan lainnya? Bacalah materi yang lebih mendalam pada lampiran buku ini untuk menambah wawasanmu!

Refleksi bab 1

Setelah mempelajari berbagai macam kasus penyakit umum dan kejiwaan, jawablah pertanyaan singkat di bawah ini.

1. Apa kesulitan yang kamu temukan setelah mempelajari materi bab 1?
2. Apa hal baru yang kamu dapatkan dari pembelajaran ini?
3. Apa yang kamu rasakan setelah menuntaskan pembelajaran?
4. Apa yang akan kamu lakukan ke depannya setelah memahami semua pembelajaran?

Buatlah video reel dari jawaban-jawaban refleksi pembelajaran pada bab ini. Video dapat dilengkapi dengan dokumentasi selama pembelajaran bab 1. Unggah video di media sosial kelas dan kirimkan tautannya kepada pendidik pengampu.



Layanan Penunjang Keperawatan dan Caring Unit SMK/MAK Kelas XII



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DASAR DAN MENENGAH
REPUBLIK INDONESIA, 2025

Layanan Penunjang Keperawatan dan *Caregiving* untuk SMK/MAK Kelas XII

Penulis : Nurelah dan Ismailah Alam
ISBN : 978-634-00-3333-5 (jil-2 PDF)

Bab
1

Ilmu Penyakit Umum dan Kejiwaan Sesuai Tahapan Usia



“ Apa yang akan kamu lakukan sebagai tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* jika menemukan klien dengan kasus pada gambar? ”



Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari dan mengerjakan aktivitas bab ini secara kritis, kamu diharapkan mampu:

1. menganalisis ilmu penyakit umum dan
2. menganalisis ilmu penyakit kejiwaan sesuai tahapan usia.



Kata Kunci

- Penyakit Umum
- Penyakit Kejiwaan
- Faktor Risiko
- Manifestasi Klinis
- Proses Keperawatan



Peta Materi/Peta Konsep

1

Penyakit Umum

- Penyakit Sistem Urinaria
- Penyakit Sistem Reproduksi
- Penyakit Sistem Endokrin
- Penyakit Sistem Saraf
- Penyakit Sistem Imunologi
- Penyakit Sistem Onkologi
- Penyakit Sistem Integumen
- Penyakit Sistem Indra



2

Penyakit Kejiwaan

- Skizofrenia
- *Digital Addiction*
- Depresi

Soft Skills yang Dikembangkan

Bernalar kritis, Komunikasi, Kreatif, dan Mandiri





Bagaimana pengalamanmu setelah belajar di kelas XI? Ayo, ceritakan pengalamanmu kepada teman-teman dalam forum kelas. Selanjutnya, pertahankan semangat belajar kalian dan jangan pernah berhenti belajar, karena hidup tidak pernah berhenti untuk mengajarkan hal-hal baru.

Di kelas XI kamu sudah belajar beberapa ilmu penyakit umum dan kejiwaan. Selanjutnya di kelas XII ini, kamu akan mempelajari materi penyakit umum dan kejiwaan lainnya yang lebih banyak dan menarik. Sebelum memulai pembelajaran, bacalah narasi berikut!

Penyakit Kejiwaan

Kesehatan mental sama pentingnya dengan kesehatan fisik. Sebagian masyarakat menganggap hanya orang dengan gangguan jiwa yang harus berkonsultasi dengan tenaga kesehatan profesional. Padahal setiap orang boleh dan perlu melakukan konsultasi demi kesehatan jiwanya. Konsultasi dengan tenaga kesehatan profesional adalah metode komunikasi terapeutik untuk membantu klien dalam menghadapi berbagai masalah kesehatan jiwanya.

Sebagai calon tenaga layanan penunjang keperawatan, kamu dapat mengetahui beberapa penyakit kejiwaan dengan memulai mempelajari jenis-jenis penyakit kejiwaan. Tentunya perlu dilengkapi dengan *soft skills* komunikasi terapeutik agar klien percaya dan merasa nyaman.



Gambar 1.1 Pelaksanaan Pemeriksaan Kejiwaan



Sebelum kamu mempelajari dan memahami berbagai masalah dan penyakit kejiwaan, pelajari beberapa penyakit umum berikut terlebih dahulu.

A. Penyakit Sistem Urinaria

Seringkali terdapat beberapa gejala yang timbul pada organ sistem urinaria, di kehidupan sehari-hari. Pada materi di bawah ini, kamu akan mengetahui penyakit-penyakit yang dapat menyerang sistem urinaria.

1. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Kerjakan aktivitas berikut sebelum kamu mengikuti pembelajaran mengenai infeksi saluran kemih (ISK).

Ayo Amati!

Aktivitas 1.1 Gejala ISK

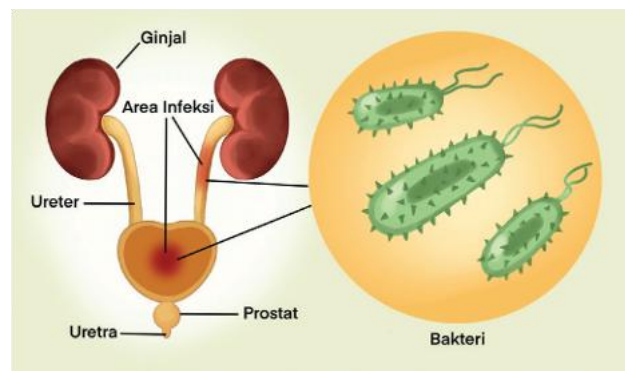
Seorang remaja mengeluh nyeri saat buang air kecil karena sering menahan buang air kecil. Setelah diperiksa, terdapat mikroorganisme dalam urinenya. Remaja tersebut didiagnosis infeksi saluran kemih.

Amati dan tanyakan apakah kamu dan keluargamu pernah mengalami gejala seperti kasus di atas? Tindakan apa yang kamu atau keluargamu lakukan untuk menangani gejala tersebut? Kemukakan pendapatmu!

Untuk menentukan sebuah penyakit, perlu dilakukan pemeriksaan. Melihat dari kasus di atas, setelah ditemukannya gejala maka diperlukan pemeriksaan lain untuk menunjang penegakan diagnosis. Bacalah penjelasan berikut agar kamu lebih memahaminya!

a. Pengertian

Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah kondisi infeksi pada saluran kemih termasuk kandung kemih yang disebabkan oleh bakteri. Bakteri yang masuk ke saluran dan kandung kemih akan berkembang biak, sehingga terdapat bakteri pada urine yang dikeluarkan (Annisah Nurul et al, 2024).



Gambar 1.2 Infeksi Saluran Kemih

b. Faktor Risiko

Menurut Annisah et al. (2024), berikut beberapa faktor risiko ISK.

- 1) Jenis Kelamin
Uretra perempuan lebih pendek dari laki-laki, sehingga perempuan memiliki risiko ISK lebih tinggi dari laki-laki.
- 2) Usia
Kejadian ISK lebih meningkat pada klien lansia.
- 3) Kebiasaan Sehari-hari
Menahan buang air kecil, kurang menjaga kebersihan area genitalia, dan kurang minum air putih.
- 4) Penyakit
Batu ginjal, batu kandung kemih, dan diabetes melitus.
- 5) Penggunaan kateter jangka panjang.

c. Manifestasi Klinis

- 1) Sulit menahan keinginan buang air kecil.
- 2) Sakit saat buang air kecil.
- 3) Adanya sensasi panas atau rasa terbakar saat buang air kecil.
- 4) Frekuensi buang air kecil lebih sering namun jumlah urine sedikit.
- 5) Urine berwarna keruh, berbau menyengat, dan ada darah pada urine.
- 6) Nyeri pada perut bagian bawah, pinggang, dan panggul.

d. Proses Keperawatan

Setelah kamu memahami pengertian, faktor risiko, dan manifestasi klinis ISK, sekarang kamu akan mempelajari masalah keperawatan yang sering muncul pada kasus ISK. Seorang perawat bertugas membantu memenuhi kebutuhan dasar yang mengacu kepada masalah keperawatan yang ada.

- 1) Pengkajian Keperawatan
Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Beberapa klien akan mengeluh nyeri pada perut bagian suprapubik.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah urinalisis, sistoskopi, kultur urine, USG, dan pemeriksaan sampel darah.
- 2) Diagnosis Keperawatan
Gangguan eliminasi urine, nyeri akut, dan gangguan rasa nyaman.



3) Intervensi Keperawatan

Manajemen eliminasi urine, manajemen nyeri, dan terapi relaksasi.

4) Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan diberikan sesuai diagnosis yang muncul, meliputi memberikan edukasi minum air putih 8 gelas per hari untuk klien dewasa, tidak menahan buang air kecil, dan menghabiskan antibiotik yang telah diresepkan dokter. Memberikan teknik relaksasi untuk meningkatkan rasa nyaman seperti kompres hangat pada area nyeri.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Lakukan evaluasi formatif dan sumatif untuk melihat respons serta perubahan kondisi klien.

Setelah kamu mengetahui asuhan keperawatan pada klien ISK, kerjakan aktivitas di bawah ini!

Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 1.2 Penjelasan Penanganan ISK

Ny. I usia 25 tahun mengunjungi puskesmas, karena mempunyai keluhan sering buang air kecil dan terasa panas dan nyeri saat buang air kecil. Urine yang dikeluarkan tampak keruh. Ia juga mengeluh nyeri perut bagian bawah. Ny. I tidak mengetahui cara mengatasi masalah kesehatannya.

1. Buat kelompok yang terdiri atas 3 - 4 orang.
2. Lakukan pencarian informasi mengenai penanganan masalah kesehatan pada klien ISK dari berbagai sumber.
3. Bagi peran yang terdiri atas klien, keluarga klien, perawat, dan dokter.
4. Buatlah dialog yang berisi edukasi kesehatan mengenai penanganan masalah kesehatan pada klien ISK.
5. Lakukan simulasi di depan kelas.



2. Inkontinensia Urine

Untuk memahami inkontinensia urine dengan baik, kerjakan aktivitas berikut terlebih dahulu.



Ayo Amati!

Aktivitas 1.3 Gejala Inkontinensia Urine

Seorang lansia usia 64 tahun mengeluh tidak dapat menahan kencing saat beraktivitas. Carilah informasi mengenai gejala tersebut! Apakah gejala tersebut termasuk gangguan? Mengapa hal tersebut mengganggu aktivitas lansia? Kemukakan pendapatmu!

Setelah kamu menyelesaikan aktivitas 1.3, kamu pasti mengetahui bahwa gejala yang dialami oleh lansia tersebut adalah inkontinensia urine. Untuk memahami inkontinensia urine yang sering terjadi pada lansia, cermati materi di bawah ini!

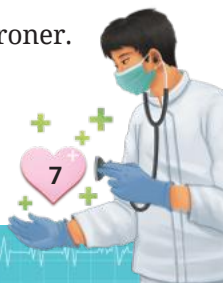
a. Pengertian

Inkontinensia urine adalah sebuah gejala (*symptom*) yang membuat seseorang kehilangan kontrol berkemih. Inkontinensia urine dapat menjadi suatu tanda (*sign*) dan dapat juga menjadi suatu gangguan. Klien yang mengalami inkontinensia kesulitan menahan keinginan untuk berkemih sehingga mengalami kebocoran urine yang tidak terkendali (Danarto, 2021).

b. Faktor Risiko

Berikut faktor-faktor risiko terjadinya inkontinensia urine menurut Danarto (2021).

- 1) Usia
Lansia memiliki risiko mengalami inkontinensia karena peningkatan usia dan mobilitas yang menurun.
- 2) Jenis kelamin
Perempuan memiliki risiko lebih tinggi karena penurunan produksi hormon estrogen dan riwayat persalinan yang menyebabkan otot panggul melemah.
- 3) Kehamilan
Ibu hamil mengalami perubahan hormonal dan pembesaran rahim sehingga terjadi penekanan pada kandung kemih.
- 4) Obesitas
Peningkatan tekanan perut karena obesitas dapat menekan kandung kemih.
- 5) Penyakit
Diabetes melitus, ISK, batuk kronik, penyakit paru kronis, dan penyakit jantung koroner.
- 6) Depresi, menopause, aktivitas fisik, merokok, dan diet.



c. Manifestasi Klinis

- 1) Tekanan (*stress incontinence*), ditandai dengan keluarnya urine di luar kehendak, berhubungan dengan meningkatnya abdomen pada saat bersin, batuk, atau tekanan fisik lainnya.
- 2) Desakan (*urgency incontinence*), ditandai dengan keluarnya urine di luar kehendak yang diawali oleh desakan berkemih.
- 3) Campuran (*mixed incontinence*), ditandai dengan keluarnya urine di luar kehendak yang diawali oleh desakan berkemih, serta bersin, batuk, atau tekanan fisik lainnya.
- 4) Luapan (*overflow incontinence*), ditandai dengan keluarnya urine yang disebabkan karena luapan urine. Luapan urine dapat disebabkan karena adanya sumbatan intravesika atau kelemahan otot detrusor kandung kemih.
- 5) Terus-menerus (*continuous incontinence*), ditandai dengan keluarnya urine di luar kehendak secara terus-menerus.



Gambar 1.3 Inkontinensia Jenis Stres, Urgensi, dan Overflow

Setelah kamu memahami pengertian, faktor risiko, dan manifestasi klinis inkontinensia urine, lalu bagaimana kalian dapat membantu klien lansia yang mengalami inkontinensia urine? Untuk menjawab persoalan tersebut, bacalah materi di bawah ini!

d. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Pada tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, umumnya klien mengeluh urine keluar pada saat batuk, tertawa, dan bersin, tidak dapat menahan keluarnya urine, serta urine keluar menetes pada saat kandung kemih penuh.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah evaluasi neurologis (refleks), evaluasi mobilitas dengan tes Q-tip, urinalisis, dan kultur urine.

2) Diagnosis Keperawatan

Gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur, dan harga diri rendah.

3) Intervensi Keperawatan

Latihan otot dasar panggul, latihan berkemih terjadwal, dan edukasi gaya hidup sehat.



4) Implementasi Keperawatan

Berikan latihan *kegel exercise*, melatih kebiasaan berkemih pada interval waktu tertentu secara rutin dan teratur, serta memberikan edukasi untuk mengurangi gaya hidup yang dapat memengaruhi gejala, seperti obesitas, merokok, aktivitas fisik rendah, dan asupan makanan tinggi lemak.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Menilai respons subjektif dan objektif dari klien.

Perawat dapat berperan dalam penanganan inkontinensia urine yang sering terjadi pada lansia, salah satu penanganan yang dapat diberikan adalah dengan melatih senam kegel.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.4 Senam Kegel

Ny. K usia 61 tahun mengeluh tidak dapat menahan buang air kecil saat tertawa dan batuk. Ny. K merasa malu sehingga menghindari aktivitas sosial. Kamu sebagai tenaga layanan penunjang keperawatan akan memberikan edukasi latihan otot dasar panggul (senam Kegel).

1. Bentuk kelompok yang beranggotakan 4-5 orang.
2. Lakukan pencarian pada laman terpercaya mengenai prosedur latihan otot dasar panggul (senam Kegel).
3. Praktikkan latihan tersebut di depan kelas.

3. Gagal Ginjal Kronik



Ayo Amati!

Aktivitas 1.5 Gagal Ginjal Kronik

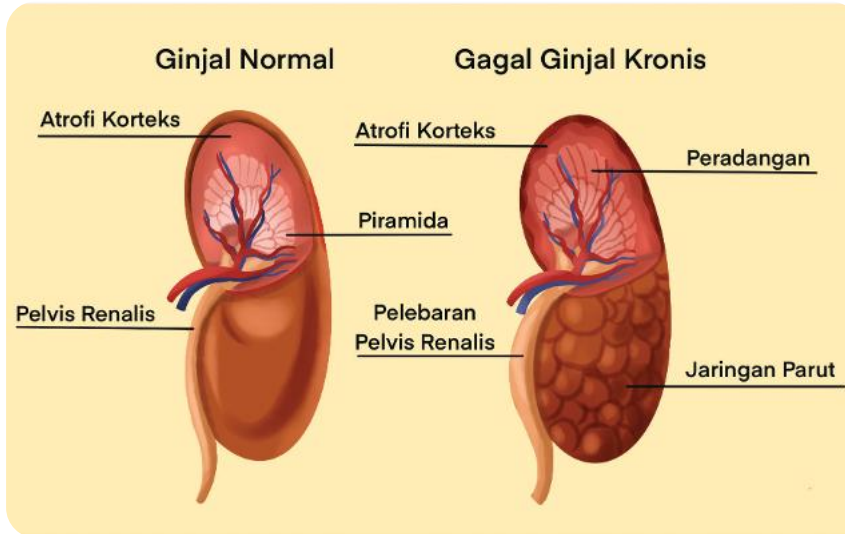
Pernahkah kamu mendengar berita viral mengenai meningkatnya kasus gagal ginjal kronik pada usia anak dan remaja? Amati kebiasaan yang menjadi faktor risiko di sekitar lingkunganmu! Tindakan penanganan apa yang harus dilakukan klien jika sudah didiagnosis gagal ginjal kronik? Diskusikan pendapatmu di forum diskusi kelas!



Masalah gagal ginjal kronik merupakan masalah serius yang menyebabkan penderitanya harus melakukan hemodialisa atau cuci darah secara rutin. Dari situasi tersebut, bacalah penjelasan berikut agar kamu mengetahui faktor risiko dan gejala dari kasus tersebut.

a. Pengertian

Gagal ginjal kronik merupakan gangguan yang menyebabkan ginjal tidak berfungsi dalam menyaring cairan dan limbah dalam tubuh. Gangguan yang berlangsung selama 3 bulan atau lebih dapat menyebabkan uremia, yaitu retensi urea dan sampah nitrogen lainnya dalam darah (Suriani Ema, et al., 2023).



Gambar 1.4 Kondisi Ginjal Normal dan Gagal Ginjal

b. Faktor Risiko

Menurut Suriani, et al. (2023), faktor risiko terjadinya gagal ginjal adalah sebagai berikut.

- 1) Usia
- 2) Jenis kelamin
- 3) Genetik
- 4) Hipertensi dan diabetes melitus
- 5) Merokok
- 6) Minum minuman beralkohol
- 7) Kurang minum air putih
- 8) Penggunaan obat analgesik

c. Manifestasi Klinis

- 1) Gangguan sistem kardiovaskuler: tekanan darah tinggi, nyeri dada, sesak napas, gangguan irama jantung, dan edema.



- 2) Gangguan sistem respirasi: napas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental.
- 3) Gangguan sistem gastrointestinal: anoreksia, mual, muntah, dan napas bau amonia. Beberapa klien mengalami perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi, dan perdarahan pada mulut.
- 4) Gangguan sistem muskuloskeletal: pegal, rasa kesemutan dan terbakar pada telapak kaki, tremor, dan miopati (kelemahan dan hipertrofi pada otot-otot ekstremitas).
- 5) Gangguan sistem integumen: kulit pucat, kekuning-kuningan, gatal-gatal, kuku tipis dan rapuh.
- 6) Gangguan sistem endokrin: libido fertilitas, ereksi menurun, gangguan menstruasi dan amenore.

d. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Saat pengkajian tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik beberapa klien menunjukkan keadaan umum lemas, nyeri pinggang, dan adanya penumpukan cairan.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah cek laboratorium, foto polos abdomen, USG, Renogram, dan EKG.

2) Diagnosis Keperawatan

Perfusi perifer tidak efektif, risiko ketidakseimbangan elektrolit, dan hipervolemia.

3) Intervensi Keperawatan

Edukasi diet, monitor *intake* dan *output* cairan, serta perubahan posisi.

4) Implementasi Keperawatan

Klien dengan ginjal kronis harus melakukan cuci darah atau hemodialisa. Tindakan keperawatan yang diberikan harus sesuai diagnosis keperawatan yang muncul. Tindakan keperawatan yang harus dilakukan, yaitu edukasi diet yang sudah diprogramkan, memonitor asupan dan keluaran cairan, serta memposisikan klien dengan meninggikan kepala 30-40 derajat.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Melihat respons klien, gejala yang muncul pada klien, dan hasil pemeriksaan penunjang.

Perawat mempunyai peran penting dalam mengedukasi dan mendukung klien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa atau cuci darah. Edukasi ini juga penting untuk mencegah meningkatnya kasus gagal ginjal.





Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.6 Jauhi Faktor Gagal Ginjal

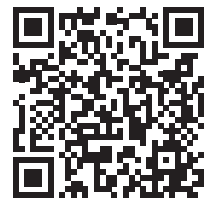
Di sebuah puskesmas terjadi peningkatan kasus gagal ginjal pada anak dan remaja. Gejala yang terjadi adalah bengkak pada area wajah dan kaki, penurunan *output* urine, dan tubuh lemah. Menurut data yang didapatkan dari para kader, anak-anak dan remaja tersebut sering mengonsumsi minuman kemasan serta tidak memenuhi kebutuhan minum air putih.

Dari kasus di atas, apa yang akan kamu lakukan jika kamu menjadi tenaga kesehatan di puskesmas tersebut? Apa yang kamu pelajari dari kejadian kasus di atas?



Suplemen

Tahukah kamu pola hidup *sedentary* atau malas gerak (*mager*) menjadi penyumbang faktor risiko angka penderita penyakit ginjal di Indonesia? Menurut Kemenkes (2021), ginjal memiliki fungsi penting dalam tubuh, yaitu mengeluarkan sisa-sisa produk dari tubuh, menyeimbangkan cairan tubuh, dan mengaktifkan vitamin D untuk kesehatan tulang dan gigi. Jika fungsi ginjal terganggu, akan sangat berbahaya bagi kesehatan dan dapat menyebabkan kematian. Penting menjaga ginjal agar terhindar dari penyakit gagal ginjal kronis. Gagal ginjal kronis dapat dicegah dengan diet seimbang, minum air putih yang cukup, rajin aktivitas fisik, istirahat yang cukup, dan mengelola stres. Kunjungi tautan https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/LKCXII_1 atau pindai kode QR di samping untuk menambah wawasanmu!



B. Penyakit Sistem Reproduksi

Tubuh manusia mempunyai sistem yang berfungsi dalam regenerasi kehidupan, yaitu sistem reproduksi. Kesehatan sistem reproduksi harus dijaga untuk menghindari risiko terkena penyakit. Pada materi selanjutnya, kamu akan mempelajari penyakit-penyakit yang menyerang sistem reproduksi.

1. Gonore

Ayo kerjakan aktivitas berikut sebelum kamu memulai pembelajaran mengenai gonore.



Ayo Amati!

Aktivitas 1.7 Gejala Gonore

Tn. P, usia 39 tahun, datang ke klinik dengan keluhan nyeri saat buang air kecil dan keluar cairan aneh dari alat kelamin. Klien mengatakan berhubungan intim secara aktif dengan lebih dari satu pasangan. Amati kasus tersebut dan analisislah faktor penyebab Tn. P mengalami gejala tersebut!

Penyakit infeksi menular seksual sering dianggap tabu untuk dibicarakan, padahal calon tenaga kesehatan harus mengenali gejala-gejala yang muncul pada kasus tersebut. Apa nama infeksi menular seksual pada kasus di atas? Temukan jawabannya pada materi di bawah ini!

a. Pengertian

Gonore merupakan peradangan yang terjadi pada mukosa yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria Gonorrhoeae*. Penyakit ini dapat menular melalui hubungan seks atau dari ibu hamil kepada janinnya (perinatal) (Adhata, A. R. 2022). Di kalangan masyarakat, gonore sering dikenal dengan sebutan kencing nanah.

b. Faktor Risiko

Menurut Jannah et al. (2025), gonore dapat terjadi jika memiliki perilaku berikut:

- 1) Berganti-ganti pasangan.
- 2) Melakukan hubungan seksual dengan individu yang sudah terinfeksi gonore.
- 3) Melakukan hubungan seksual berisiko (tidak menggunakan pengaman).
- 4) Kelompok usia remaja dan wanita memiliki risiko tinggi jika memiliki perilaku berganti-ganti pasangan seksual, menjadi pekerja seks komersial, homoseksual, dan tidak menggunakan kondom.



c. Manifestasi Klinis

Penyakit gonore sering kali tidak bergejala, namun dapat diketahui saat menimbulkan komplikasi seperti penyakit radang panggul. Menurut Adista et al. (2025), pada beberapa kasus terjadi perkembangan gejala setelah 2-5 hari tertular infeksi.

1) Infeksi Genital

a) Gejala pada wanita

- Keputihan encer, berair, berwarna hijau atau kuning.
- Rasa nyeri saat berkemih (disuria).
- Nyeri saat berhubungan intim (dispareunia).
- Nyeri pada perut bagian bawah.
- Mudah terjadi perdarahan serviks atau bisa juga jarang terjadi menstruasi.
- Keluar cairan endoserviks mukopurulen.
- Nyeri panggul.

b) Gejala pada pria

- Keluar cairan putih dari uretra mukopurulen/purulent.
- Disuria
- Nyeri pada epididimis

2) Infeksi rektal

a) Keluar cairan dari anus.

b) Nyeri pada anus

Setelah kamu memahami kasus infeksi menular seksual, bagaimana peranmu sebagai perawat jika menemukan kasus klien dengan gejala gonore? Temukan jawabannya dalam materi proses keperawatan di bawah ini.

d. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, serta pemeriksaan fisik. Kaji riwayat hubungan seksual dan penggunaan kontrasepsi. Klien mungkin akan mengeluh keputihan pada wanita, keluar cairan putih pada laki-laki, disuria, dan nyeri panggul. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan swab dan kultur di laboratorium.



2) **Diagnosis Keperawatan**

Risiko infeksi, nyeri akut, dan ansietas.

3) **Intervensi Keperawatan**

Edukasi penularan dan pencegahan gonore, manajemen nyeri dan manajemen kecemasan.

4) **Implementasi Keperawatan**

Tindakan yang sesuai dengan diagnosis yang muncul adalah, memberikan edukasi pencegahan penularan gonore pada pasangan dengan menggunakan penghalang seperti kondom saat melakukan hubungan seksual. Kolaborasi dalam memberikan obat antinyeri dan antibiotik. Memberikan dukungan emosional dan konseling untuk mengatasi segala kekhawatiran yang dimiliki oleh klien.

5) **Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan**

Menilai respons klien saat proses pemberian tindakan dan setelah tindakan.

Perawat memiliki peran dalam menjelaskan penyakit kepada klien secara profesional. Untuk melatih kemampuan tersebut, lakukan aktivitas di bawah ini!

Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 1.8 Edukasi Penyakit Gonore

1. Bentuk kelompok yang beranggotakan 3-5 orang.
2. Pilih salah satu tema edukasi di bawah ini dan cari informasinya dari berbagai sumber.
 - Pemeriksaan pada penderita gonore
 - Komplikasi gonore
 - Penatalaksanaan gonore
 - Pencegahan gonore
3. Buatlah poster lalu lakukan *roleplay* edukasi sesuai topik yang telah dipilih. Jangan lupa untuk memilih peran klien, perawat, dokter, dan konselor kesehatan reproduksi!



2. Sifilis

Tahukah kamu gejala sifilis dapat berkembang secara bertahap jika tidak diobati? Ayo kerjakan aktivitas berikut untuk mengukur pengetahuanmu mengenai gejala sifilis.



Ayo Amati!

Aktivitas 1.9 Gejala Sifilis

Tn. K usia 60 tahun datang ke klinik. Ia mengeluh ada luka pada alat kelaminnya. Luka tersebut muncul secara bertahap tapi tidak menimbulkan rasa nyeri. Amati gejala yang muncul kemudian tunjukkan perbedaan gejala antara kasus Tn. K dengan kasus pada penyakit gonore?

Petugas kesehatan perlu mengetahui perkembangan gejala yang dapat terjadi pada klien dengan sifilis. Untuk itu, bacalah narasi di bawah ini untuk menambah wawasanmu!

a. Pengertian

Sifilis merupakan penyakit infeksi menular seksual yang disebabkan oleh *Troponema Pallidum*. Sifilis dapat menular melalui kontak seksual dengan pasangan yang terinfeksi, kontak dengan luka atau lesi yang terinfeksi, atau dari ibu penderita sifilis kepada janinnya (Balich, A.R, et al. 2024).

b. Faktor Risiko

- 1) Melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan dan tanpa menggunakan pengaman.
- 2) Usia remaja
- 3) Status sosial ekonomi yang rendah
- 4) Lingkungan sosial yang kurang mendukung dalam upaya pencegahan penyakit penyakit menular seksual (PMS)



Gambar 1.5 Lesi pada Sifilis Sekunder

c. Manifestasi Klinis

Menurut Daili (2018), masa inkubasi sifilis primer terjadi selama 3 pekan, manifestasi klinis yang muncul adalah sebagai berikut.

- 1) Ulkus mencapai 2 cm dan tidak nyeri.
- 2) Ulkus soliter, tepi teratur, bebas tegas, ada indurasi.



- 3) Lokasi ulkus pada genital eksterna, uretra, vagina, serviks, anus, atau rongga mulut.
- 4) Limfadenopati regioner: kenyal dan tidak nyeri.

Saat masa inkubasi mencapai 12 pekan, kondisi ini masuk ke dalam sifilis sekunder. Berikut manifestasi yang muncul.

- 1) Lesi kulit *polimorf*: *macula, eritema, makulopapula, papuloskuamosa, likenoid, kondiloma lata, patchy alopecia*.
- 2) Distribusi lesi umumnya mengenai telapak tangan dan kaki.
- 3) Lues maligna: lesi berkrusta papula atau plak berskuama yang kemudian mengalami nekrosis.
- 4) Alopesia areata atau totalis
- 5) Lesi pada mukosa lidah atau sudut mulut
- 6) Uveitis dan rinithis pada mata
- 7) Otitis
- 8) Pada organ dalam terjadi meningitis, hepatitis, dan glomerulonefritis.
- 9) Limfadenopati
- 10) Nyeri tenggorokan, malaise, nyeri kepala, demam, dan mialgia

Setelah memahami perkembangan gejala penyakit sifilis, perawat juga memiliki peran dalam deteksi dan edukasi untuk memenuhi asuhan keperawatan pada klien. Apa saja yang harus dilakukan? Simak materi di bawah!

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, serta pemeriksaan fisik. Kaji Riwayat hubungan seksual dan penggunaan kontrasepsi. Klien mungkin akan mengeluh adanya ruam atau luka pada kelamin.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah tes serologis positif yaitu tes laboratorium untuk penyakit kelamin.

- 2) Diagnosis Keperawatan

Risiko infeksi, defisit pengetahuan, dan ansietas.

- 3) Intervensi Keperawatan

Edukasi penularan sifilis, kolaborasi pemberian pengobatan, dan pemberian dukungan emosional.



4) Implementasi Keperawatan

Melakukan skrining pada pasangan klien, melakukan edukasi kepada klien dan pasangan terkait pengobatan, memberikan pengobatan yang sudah ditetapkan oleh dokter, memberikan konseling untuk mengurangi ketakutan dan kekhawatiran klien.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Menilai respons klien selama dan sesudah tindakan.

Perawat berperan penting dalam menyampaikan edukasi pengobatan dan pencegahan penularan. Untuk itu, perawat perlu melakukan riset untuk mengolah informasi yang akan diberikan kepada klien.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.10 Mini Riset Sifilis

Tn. H usia 42 tahun, datang ke klinik. Tn. H mengatakan beberapa pekan yang lalu, muncul luka kecil pada genitalia kurang lebih sebesar 2 cm. Luka tidak nyeri dan sembuh sendiri. Setelah beberapa bulan, saat ini muncul lagi luka pada genitalia dan menyebar pada telapak tangan dan kaki. Saat anamnesis, Tn. H mengaku memiliki riwayat berhubungan intim dengan pasangan yang baru dikenalnya tanpa menggunakan pengaman. Setelah pemeriksaan, dokter mendiagnosis sifilis.

Dari kasus di atas, kerjakan aktivitas berikut!

1. Bentuk kelompok dengan anggota sebanyak 3-5 orang.
2. Pilih salah satu topik presentasi di bawah ini.
 - Stadium Sifilis
 - Pemeriksaan Diagnostik Sifilis
 - Pengobatan Sifilis
 - Dampak penularan sifilis dari ibu hamil kepada janin.
3. Lakukan mini riset dari berbagai sumber lalu sajikan dalam bentuk PowerPoint.
4. Presentasikan di depan kelas dan minta kelompok lain untuk memberikan tanggapan.





Suplemen

Tahukah kamu, jumlah kasus penyakit infeksi menular seksual (IMS) di Indonesia semakin meningkat? Menurut data hiv-aids-pimsindonesia.or.id, pada tahun 2021 penyakit gonore dan sifilis menduduki jenis IMS terbanyak di Indonesia. Kasus sifilis mencapai 2.976 kasus dan gonore 1.482 kasus. Pencegahan penyakit IMS dapat dilakukan dengan metode ABCDE (rsu.jembranakab.go.id, 2023) berikut.

A (*Abstinence*): komitmen *no sex before marriage*, yaitu tidak melakukan hubungan intim sebelum pernikahan.

B (*Be faithful*): setia pada pasangan setelah menikah.

C (*Condom*): gunakan kondom sebagai alat kontrasepsi yang dapat melindungi diri sendiri dan pasangan dari penularan penyakit IMS.

D (*Don't use drugs*): jangan menyalahgunakan narkotika, penularan IMS dapat terjadi ketika menggunakan jarum suntik secara bergantian.

E (*Education*): aktif mencari informasi yang benar mengenai penyakit IMS.

Kunjungi laman https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/LKCXII_2 atau pindai QR Code di samping untuk menambah wawasanmu!



3. Preeklampsia

Pernahkah kalian mendengar tentang ibu hamil yang mengalami tekanan darah tinggi, lalu tiba-tiba mengalami kejang? Gejala apakah itu? Kerjakan aktivitas 1.11 berikut agar kalian lebih memahaminya.



Ayo Amati!

Aktivitas 1.11 Bahaya Preeklampsia pada Ibu Hamil

Seorang ibu hamil mengalami kejang karena tekanan darahnya tinggi. Tekanan darah ibu tersebut melonjak karena stres. Amati faktor penyebab dan gejala kasus di atas kemudian kemukakan bahaya yang kemungkinan terjadi jika tekanan darah tinggi saat kehamilan.

Tekanan darah tinggi pada kehamilan merupakan komplikasi kehamilan atau gangguan kehamilan. Tekanan darah tinggi pada ibu hamil yang tidak diobati akan menyebabkan gangguan pada sistem reproduksi terutama pada ibu dan janin, seperti kejang-kejang pada ibu hamil (eklampsia) atau koma jika tidak ditangani, serta kelahiran prematur pada janin.



a. Pengertian

Preeklampsia merupakan gangguan kehamilan dengan gejala tekanan darah tinggi pada usia kehamilan mencapai 20 pekan. Gejala hipertensi disertai proteinuria, gangguan multi organ dan gangguan *perfusi uteroplasenta* (Akbar A, 2024).

b. Faktor Risiko

Menurut Rahmawati et al. (2022), faktor risiko terjadinya preeklampsia pada ibu hamil adalah sebagai berikut.

- 1) Kurangnya pengetahuan ibu mengenai kehamilan.
- 2) Pola makan ibu hamil
- 3) Kelengkapan *Antenatal Care* (ANC), yaitu pemeriksaan kehamilan
- 4) Stres saat hamil
- 5) Paritas (jumlah anak yang telah dilahirkan)
- 6) Usia ibu
- 7) Obesitas saat hamil
- 8) Riwayat preeklampsia sebelumnya
- 9) Paparan asap rokok

c. Manifestasi Klinis

- 1) Tekanan darah $>140/90$ mmHg
- 2) Terdapat protein dalam urine (proteinuria) >300 mg/24 jam (+1)
- 3) Nyeri kepala dan gangguan penglihatan
- 4) Edema



Gambar 1.6 Pemeriksaan Rutin Selama Kehamilan

Jika kamu menemukan kasus tekanan darah tinggi pada ibu hamil, apa yang akan kamu lakukan? Tentunya seorang perawat perlu memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang muncul. Simaklah proses keperawatan pada preeklampsia di bawah ini!

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, serta pemeriksaan fisik. Kaji riwayat hipertensi sebelum hamil, riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, kaji indeks massa tubuh (IMT), dan riwayat penyakit.

Pemeriksaan penunjang yang diperlukan adalah pemeriksaan laboratorium dan USG.



2) **Diagnosis Keperawatan**

Nyeri akut, risiko gawat janin, dan ansietas.

3) **Intervensi Keperawatan**

Manajemen nyeri, pemantauan denyut jantung janin, dan reduksi ansietas.

4) **Implementasi Keperawatan**

Memberikan teknik relaksasi nyeri, seperti terapi musik dan aromaterapi, melakukan pemeriksaan denyut jantung janin dan posisi janin, serta memotivasi untuk menurunkan ansietas.

5) **Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan**

Catat respons klien selama tindakan dan sesudah tindakan.

Setelah kamu mengetahui proses keperawatan pada preeklampsia, kamu memiliki peran penting dalam mengedukasi kepada ibu hamil. Edukasi ini dapat menurunkan risiko komplikasi pada ibu hamil. Kerjakan aktivitas di bawah ini, untuk mengasah *soft skill* sebagai calon asisten tenaga penunjang keperawatan dan *caregiving*.

Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 1.12 Edukasi Bahaya Preeklampsia

Ny. A usia 28 tahun, G1P0A0, hamil dengan usia kehamilan 32 pekan. Ny. A datang ke puskesmas dengan mengeluh sakit kepala hebat, penglihatan kabur, dan bengkak pada kaki. Saat pemeriksaan, tekanan darah menunjukkan hasil 160/100 mmHg. Pemeriksaan penunjang menunjukkan adanya protein dalam urine (proteinuria) sehingga dokter mendiagnosis Ny. A mengalami preeklampsia.

1. Carilah dari berbagai sumber terpercaya mengenai arti G1P0A0!
2. Apa perbedaan preeklampsia dan eklampsia?
3. Setelah kamu mendapatkan cukup informasi, lakukan *roleplay* peran ibu hamil dan tenaga kesehatan dengan teman sebangkumu secara bergantian. Gunakan bahasa yang mudah dipahami ketika menjelaskan preeklampsia kepada ibu hamil!



C. Penyakit Sistem Endokrin

Sistem endokrin bertugas memproduksi dan melepaskan hormon untuk mempertahankan metabolisme dan fungsi tubuh. Pada pembelajaran selanjutnya, kamu akan mengetahui masalah kesehatan yang dapat mengganggu sistem endokrin.

1. Diabetes Melitus

Diabetes melitus sering kita dengar dan jumpai di masyarakat sekitar. Apa dan bagaimana diabetes melitus ini? Ayo uji pengetahuanmu dengan mengerjakan aktivitas berikut.

Ayo Amati!

Aktivitas 1.13 Gejala Diabetes Melitus

Tubuh membutuhkan glukosa atau gula sebagai sumber energi utama. Akan tetapi jika kadar glukosa di dalam tubuh terlalu tinggi akan menimbulkan penyakit.

Amati dan catat kebiasaan-kebiasaan yang dapat menyebabkan kadar glukosa dalam darahmu tinggi. Kemudian kemukakan pendapatmu mengenai reaksi yang akan terjadi pada tubuh, jika kadar glukosa di dalam darah terlalu tinggi!

Penyakit diabetes melitus jika tidak ditangani akan menjadi kasus penyakit yang berdampak panjang bagi penderitanya. Pemahaman konsep diabetes melitus diperlukan agar kamu dapat mengenali gejala pada kasus tersebut.

a. Pengertian

Menurut WHO (2024), diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang disebabkan karena pankreas tidak memproduksi insulin dalam jumlah cukup atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif, sehingga menyebabkan hiperglikemia yaitu peningkatan glukosa atau gula di dalam darah. Diabetes melitus terdiri atas tipe 1 dan tipe 2. Diabetes melitus tipe 1 disebabkan karena tubuh tidak cukup memproduksi insulin sehingga perlu diberikan insulin tambahan setiap hari. Diabetes melitus tipe 2 disebabkan karena tubuh tidak dapat menggunakan insulin dengan benar, sehingga perlu adanya pengobatan untuk menstabilkan kadar gula dalam darah.



Gambar 1.7 Proses Pemeriksaan Gula Darah

b. Faktor Risiko

- 1) Merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol.
- 2) Kurang aktivitas fisik.
- 3) Obesitas
- 4) Riwayat keluarga
- 5) Riwayat penyakit jantung dan hipertensi
- 6) Stres

c. Manifestasi Klinis

- 1) Merasa sangat haus (polidipsi).
- 2) Sering buang air kecil (poliuria) terutama pada malam hari.
- 3) Sering merasa lapar yang berlebihan (polifagia).
- 4) Penglihatan kabur.
- 5) Sering merasa lelah dan mudah mengantuk.
- 6) Kehilangan berat badan secara tiba-tiba.
- 7) Terdapat luka yang tak kunjung sembuh.
- 8) Kesemutan, kebas, dan kram.

Setelah memahami konsep penyakit diabetes melitus, perawat memiliki peran dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu dengan cara memberikan edukasi manajemen gaya hidup diabetes melitus. Pelajari proses keperawatan pada klien dengan diabetes melitus di bawah ini dengan saksama.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

Identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan diagnostik yang perlu dilakukan adalah pemeriksaan gula darah, hemoglobin, keton urine, kolesterol, dan pemeriksaan angiografi.

- 2) Diagnosis Keperawatan

Ketidakstabilan glukosa darah, kelelahan dan ansietas.

- 3) Intervensi Keperawatan

Manajemen hiperglikemia, edukasi aktivitas/istirahat, dan reduksi ansietas.



4) Implementasi Keperawatan

Memberikan edukasi monitor glukosa darah, edukasi diet dan olahraga, serta kolaborasi pemberian insulin. Memahami situasi klien yang menyebabkan ansietas dan menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi untuk melihat tingkat kecemasan klien.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Lakukan penilaian terhadap respons subjektif klien dan objektif perawat, lalu catat hasilnya ke dalam dokumentasi keperawatan.

Setelah kamu mengetahui proses keperawatan pada klien diabetes melitus, kamu perlu melatih pemberian implementasi secara langsung kepada klien melalui aktivitas berikut.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.14 Edukasi Diabetes Melitus

Tn. S usia 52 tahun datang ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan. Tn. S mengeluh sering haus, buang air kecil terutama di malam hari, berat badan menurun, dan terdapat luka di kaki yang tak kunjung sembuh. Setelah dilakukan pemeriksaan, gula darah sewaktu Tn. S menunjukkan hasil 290 mg/dl. Dokter mendiagnosis Tn. S dengan diabetes melitus tipe 2.

Tugasmu sebagai perawat adalah memberikan edukasi kepada klien. Untuk itu bagilah murid di kelasmu menjadi 3 kelompok lalu lakukan hal sebagai berikut.

1. Cari dari berbagai sumber terpercaya mengenai informasi di bawah ini.
 - Komplikasi pada diabetes melitus jika tidak dikontrol.
 - Manajemen dalam mencegah dan mengelola diabetes melitus.
 - Peran tenaga kesehatan dalam edukasi klien diabetes melitus.
2. Buatlah satu poster edukasi sesuai topik yang dipilih.
3. Presentasikan hasilnya di depan kelas.



Suplemen

Tahukah kamu menurut Kemenkes (2022), penderita diabetes melitus di Indonesia pada tahun 2021 mencapai 19,5 juta dan menjadi peringkat kelima dengan jumlah penderita diabetes melitus terbanyak di dunia?

Pola hidup sehat merupakan kunci untuk menghindari diabetes melitus. Terdapat 6 langkah sehat untuk mencegah diabetes melitus yang dapat kalian baca pada tautan https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/LKCXII_3 atau kode QR di samping.



2. Hipertiroidisme

Kerjakan aktivitas berikut agar kamu dapat memahami hipertiroidisme dengan baik.



Ayo Amati!

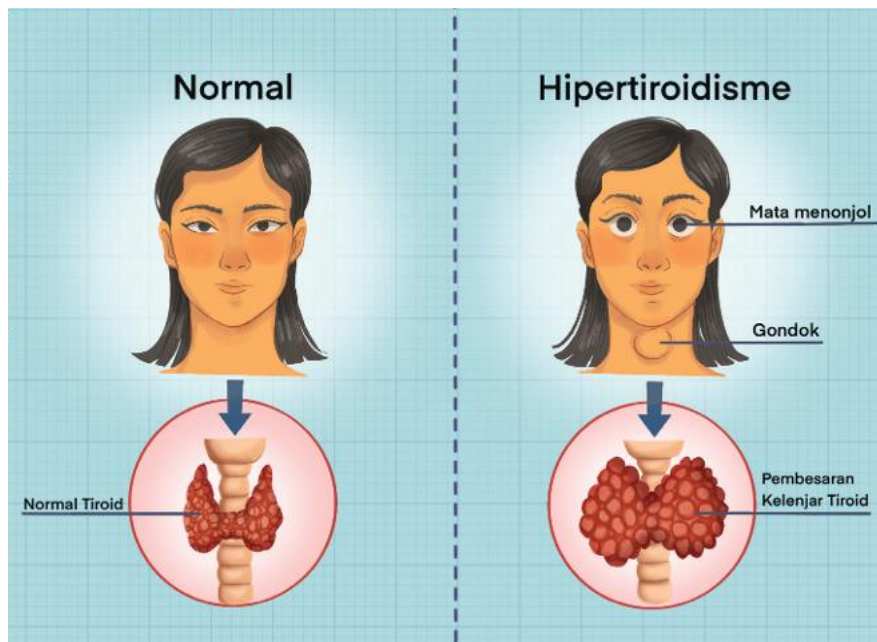
Aktivitas 1.15 Gejala Hipertiroidisme

Lakukan pengamatan pada salah seorang kenalan atau keluargamu yang mengalami pembengkakan seperti benjolan di area leher. Kemukakan pendapat kalian mengenai kemungkinan dampak psikologis yang timbul pada orang tersebut!

Pembengkakan atau benjolan di area leher dapat terjadi karena gangguan hormon atau kekurangan yodium. Kondisi tersebut dapat merupakan gejala hipertiroidisme. Pelajari materi berikut agar kamu sebagai calon perawat mengetahui konsep dan gejala hipertiroidisme untuk membantu penegakkan diagnosis.

a. Pengertian

Hipertiroidisme adalah kondisi kelenjar tiroid menghasilkan hormon tiroid (T3 dan T4) secara berlebihan, sehingga hormon di dalam aliran darah meningkat. Pengeluaran hormon tiroid yang terlalu banyak menyebabkan metabolisme tubuh menjadi meningkat (Hartoyo, et al., 2024).



Gambar 1.8 Kondisi Tiroid Normal dan Hipertiroid



b. Faktor Risiko

- 1) Genetik
- 2) Mengonsumsi yodium berlebihan.
- 3) Riwayat penyakit tertentu, seperti diabetes.
- 4) Mengonsumsi obat-obatan tertentu, seperti amiodarone.

c. Manifestasi Klinis

- 1) Diaphoresis (berkeringat berlebihan), intoleransi terhadap suhu panas, dan pembengkakan kelenjar tiroid.
- 2) Berat badan menurun, diare, dan nafsu makan meningkat.
- 3) Lemah dan letih
- 4) Sesak napas dan frekuensi napas meningkat.
- 5) Palpitasi, nyeri dada, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, dan disritmia.
- 6) Laju metabolisme meningkat, seperti intoleransi terhadap panas.
- 7) Penglihatan kabur dan tremor.
- 8) Gelisah, gugup, mudah tersinggung, emosi labil, dan perhatian menyempit.

Sekarang simaklah proses keperawatan di bawah ini agar kelak sebagai perawat, kamu dapat berperan dalam pemberian implementasi kepada klien hipertiroid!

d. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Keluhan utama yang sering muncul, yaitu terdapat benjolan pada leher, nafsu makan meningkat tetapi berat badan menurun secara drastis, sering merasa kepanasan, dan dada terasa berdebar.

Pemeriksaan diagnostik yang perlu dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium untuk melihat kadar *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH), T3, dan T4.

2) Diagnosis Keperawatan

Defisit nutrisi, risiko penurunan curah jantung, dan gangguan citra tubuh.

3) Intervensi Keperawatan

Manajemen nutrisi, monitor curah jantung, dan edukasi untuk meningkatkan citra tubuh.

4) Implementasi Keperawatan

Memberikan diet seimbang antara kalori, protein, dan mineral, memberikan oksigen, memberikan relaksasi untuk mengurangi stres, menganjurkan melakukan aktivitas



bertahap sesuai kemampuan. Perawat perlu melatih klien untuk meningkatkan penampilan diri, yaitu dengan menganjurkan menggunakan pakaian yang meningkatkan citra tubuh.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Lakukan penilaian terhadap respons subjektif klien dan penilaian objektif perawat, lalu catat hasilnya ke dalam dokumentasi keperawatan.

Setelah memahami proses keperawatan pada klien hipertiroidisme, diharapkan kalian dapat menentukan tindakan keperawatan sesuai gejala atau masalah yang muncul.



Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 1.16

Menyusun Intervensi Keperawatan

Ny. L usia 35 tahun, mempunyai benjolan di leher. Ia datang ke klinik dengan keluhan sering cemas, detak jantung cepat, sering berkeringat, dan berat badan menurun meskipun nafsu makan meningkat. Ny. L mengalami tremor pada tangan dan siklus menstruasi tidak teratur. Dengan kondisi tersebut, klien menjadi malu untuk beraktivitas dan bersosialisai. Setelah melakukan pemeriksaan laboratorium, hasil menunjukkan adanya peningkatan hormon T3 dan T4 serta penurunan TSH.

Berdasarkan kasus di atas, lakukan hal-hal berikut.

1. Sebutkan tanda dan gejala utama dari hipertiroidisme kasus di atas!
2. Apa dampak hipertiroidisme bagi kualitas hidup klien?
3. Lakukan tindakan keperawatan untuk meningkatkan citra diri Ny. L. lakukan *roleplay* kepada teman sebangkumu, kemudian silakan bertukar peran.

3. Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)



Ayo Pahami!

Aktivitas 1.17

Gejala PCOS!

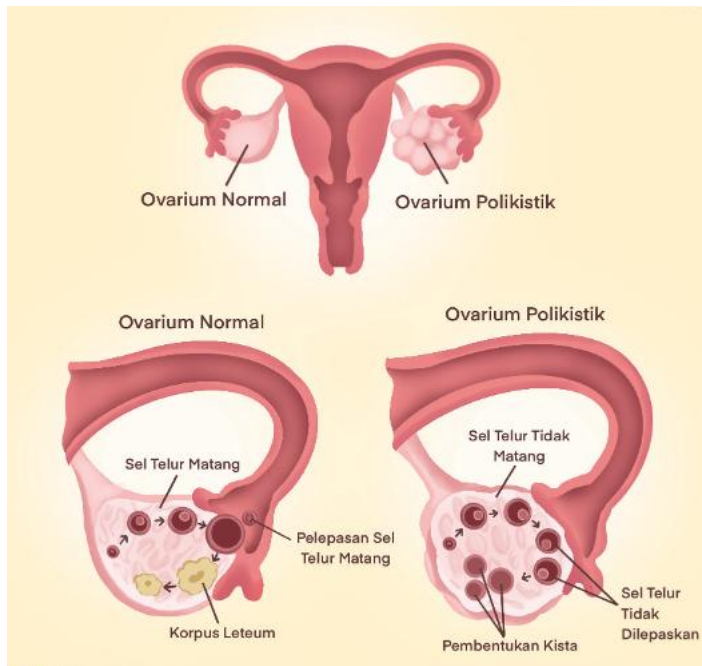
Pernahkan kamu mendengar contoh gangguan hormonal yang memengaruhi kesuburan wanita? Salah satunya adalah PCOS. PCOS dapat menyebabkan ketidaksuburan pada wanita. Carilah informasi mengenai PCOS kemudian pahami informasi tersebut dan kemukakan dampak yang muncul pada klien PCOS?



Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) merupakan kondisi kronis yang tidak dapat disembuhkan, namun beberapa gejala dapat diperbaiki melalui perubahan manajemen faktor risiko. Apa saja itu? Simaklah pembelajaran di bawah ini.

a. Pengertian

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) merupakan gangguan endokrin yang ditandai dengan pembesaran ovarium yang disebabkan karena banyaknya kista kecil serta kelainan hormonal yang memengaruhi ovulasi dan metabolisme tubuh (Akbar A, 2025). PCOS umumnya terjadi pada wanita usia produktif dan menjadi penyebab utama infertilitas.



Gambar 1.9 Kondisi Ovarium Normal dan PCOS

b. Faktor Risiko

Menurut Singh S, et al. (2023), PCOS sulit untuk diidentifikasi penyebabnya karena multifaktorial. PCOS dapat dipengaruhi oleh faktor risiko sebagai berikut.

- 1) Polusi lingkungan
- 2) Pola makan
- 3) Gaya hidup
- 4) Genetik
- 5) Obesitas
- 6) Disbiosis usus
- 7) Penderita diabetes, penyakit jantung, kolesterol tinggi, kanker endometrium, depresi, dan kecemasan.



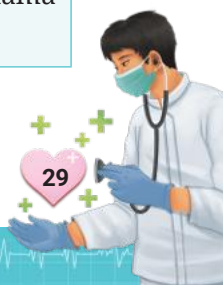
c. Manifestasi Klinis

- 1) Menstruasi tidak teratur
- 2) Nyeri panggul
- 3) Perdarahan hebat pada beberapa kasus
- 4) Tumbuhnya jerawat hormonal dan minyak berlebih pada wajah.
- 5) Obesitas
- 6) Infertilitas
- 7) Tumbuhnya rambut berlebihan di wajah atau anggota tubuh lain dan kerontokan hingga kebotakan.
- 8) Cemas, depresi, dan perubahan suasana hati secara drastis
- 9) Nafsu makan meningkat.
- 10) Mudah lelah

Setelah mendapatkan konsep materi PCOS, hal baru apa yang kamu dapatkan? Apa yang dapat dilakukan perawat jika menemukan kasus klien PCOS? Kamu dapat menjawabnya dengan menyimak proses keperawatan di bawah ini.

Tabel 1.1 Proses Keperawatan PCOS

Pengkajian Keperawatan	Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium, seperti pemeriksaan kadar FSH (Hormon Perangsang Folikel), LH (Hormon Luteinisasi) dan USG.
Diagnosis Keperawatan	Nyeri akut, kecemasan, dan gangguan citra tubuh.
Intervensi Keperawatan	Relaksasi nyeri, reduksi ansietas dan berikan dukungan psikologis tentang perubahan yang terjadi pada struktur tubuhnya.
Implementasi Keperawatan	Relaksasi nyeri dengan memberikan buli-buli hangat pada area nyeri, mereduksi ansietas dengan menjelaskan tentang proses penyakit dan informasi tentang kebiasaan yang tidak boleh dilakukan, serta mendorong klien untuk latihan yang direncanakan. Memberikan dukungan psikologis dengan membantu mengidentifikasi perubahan aktual dan mendiskusikan perubahan tersebut.
Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan	Catat perubahan subjektif dan objektif yang didapatkan selama tindakan dan sesudah tindakan.



Setelah memahami proses keperawatan pada kasus PCOS, perawat dapat membantu klien PCOS dengan memperbaiki gejalanya. Lakukan aktivitas berikut, untuk membantu klien PCOS mendapatkan informasi.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.18 Promosi Kesehatan Kenali PCOS

Ny. K usia 24 tahun datang ke klinik. Ny. K mengeluh menstruasi tidak teratur, pertumbuhan rambut di area wajah berlebihan, dan muncul jerawat hormonal parah di wajah. Setelah pemeriksaan dengan dokter, hasil USG menunjukkan ovarium polikistik. Hasil pemeriksaan hormon menunjukkan adanya peningkatan LH dan androgen. Ny. K didiagnosis PCOS. Ny. K menanyakan tentang penyakitnya kepada perawat.

1. Buatlah poster edukasi dengan tema “Kenali dan Atasi PCOS dengan Gaya Hidup Sehat”.
2. Cari informasi dari sumber terpercaya untuk materi isi poster yang meliputi definisi singkat, gejala umum, komplikasi jika tidak diobati, dan perubahan gaya hidup yang dianjurkan (diet, olahraga dan manajemen stres).
3. Lakukan promosi kesehatan kepada saudara perempuan di rumah.
4. Catat hasil respons selama promosi dan lakukan dokumentasi foto.

D. Penyakit Sistem Saraf

Sel saraf (neuron) bekerja dengan cara mengirim sinyal ke seluruh tubuh dan membawa pesan tersebut ke otak, sehingga membantu kalian menggerakkan anggota tubuh dan merasakan sensasi. Pada pembelajaran selanjutnya, kalian akan mempelajari penyakit yang dapat mengganggu sistem saraf, simak dengan saksama!

1. Strok (Stroke)

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan terbanyak yang menjadi penyebab kasus kecacatan dan kematian di Indonesia. Apa dan bagaimana *stroke* itu? Kerjakan terlebih dahulu aktivitas berikut agar kamu memiliki gambaran mengenai *stroke*.



Ayo Amati!

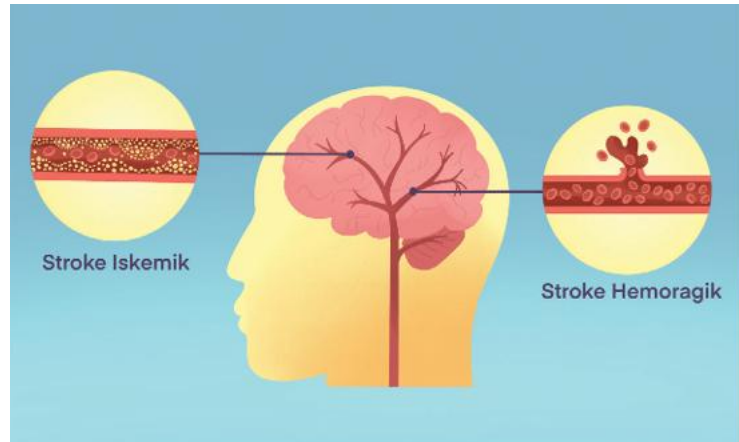
Aktivitas 1.19 Gejala Stroke

Apakah kalian pernah mendengar atau melihat klien yang mengalami *stroke*? Saat seseorang terkena *stroke*, amati hambatan apa yang dimiliki oleh klien? Jelaskan pendapatmu!



a. Pengertian

Stroke merupakan gangguan perfusi pembuluh darah pada otak, sehingga menimbulkan hilangnya fungsi neurologis secara cepat (Retnaningsih 2023). *Stroke* diklasifikasikan menjadi dua, yaitu iskemik dan hemoragik (perdarahan). *Stroke* iskemik merupakan *stroke* yang terjadi karena adanya sumbatan pada pembuluh darah, sedangkan *stroke* hemoragik merupakan *stroke* yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah pada otak.



Gambar 1.10 Kondisi Otak dengan *Stroke* Iskemik dan Hemoragik

Untuk faktor risiko dan manifestasi klinis pada pasien penderita *stroke*, dapat kamu lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1.2 Faktor Risiko dan Manifestasi Klinis *Stroke*

Faktor Risiko	Manifestasi Klinis
1. Memiliki riwayat penyakit jantung dan hipertensi.	1. Mengalami kesulitan berbicara secara tiba-tiba.
2. Obesitas	2. Mengalami kelemahan pada satu sisi tubuh secara tiba-tiba.
3. Kurang aktivitas fisik	3. Sakit kepala secara tiba-tiba.
4. Memiliki pola makan yang tidak sehat.	4. Penglihatan menurun secara tiba-tiba.
5. Merokok dan mengonsumsi alkohol.	5. Kesulitan berjalan atau kehilangan keseimbangan secara tiba-tiba.
6. Cemas, depresi, dan stres.	

Setelah memahami konsep penyakit *stroke*, apa yang akan kamu lakukan saat merawat klien *stroke*? Kamu dapat menjawabnya dengan menyimak materi proses keperawatan di bawah ini.

b. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah EKG, Angiografi, CT Scan, MRI, EEG, dan pemeriksaan laboratorium (kolesterol).



2) **Diagnosis Keperawatan**

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan komunikasi verbal.

3) **Intervensi Keperawatan**

Manajemen peningkatan intrakranial, dukungan mobilisasi dan ambulasi, serta promosi komunikasi.

4) **Implementasi Keperawatan**

Monitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial dengan mengkaji tanda-tanda vital secara berkala, memberikan posisi *semi fowler*, membantu klien dalam melakukan mobilisasi fisik dan aktivitas sehari-hari, serta melibatkan keluarga dalam memberikan dukungan psikologis.

5) **Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan**

Menilai respons klien saat tindakan dan setelah diberikan tindakan.

Stroke dapat terjadi berulang jika klien tidak mencegah faktor risiko. Untuk itu, perawat memiliki peran dalam mengedukasi klien untuk menghindari terjadinya *stroke* berulang.

Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 1.20 Promosi Kesehatan Stroke

Tn. O usia 58 tahun diantar oleh keluarga ke IGD rumah sakit. Keluarga mengatakan Tn. O tiba-tiba sulit berbicara, lengan dan kaki kanan mengalami kelemahan, dan mulut tampak mencong ke satu sisi. Keluarga mengatakan Tn. O perokok dan memiliki riwayat darah tinggi. Setelah pemeriksaan, dokter mendiagnosis Tn. O mengalami *stroke* iskemik.

1. Bentuklah 3 kelompok belajar yang terdiri atas 4-5 orang.
2. Tiap kelompok memilih satu topik berikut.
 - Pemeriksaan cepat FAST (Face-Arm-Speech-Time)
 - *Golden period* penanganan stroke.
 - Penanganan *stroke* di rumah sakit.
3. Buatlah poster edukasi sesuai topik yang kalian pilih.
4. Lakukan *roleplay* promosi kesehatan kepada keluarga Tn. O menggunakan poster edukasi tersebut sebagai medianya.





Suplemen

Dengan mengenali gejala *stroke*, kamu dapat mengurangi seseorang dari risiko kecacatan fisik dan kematian. Menurut Kemenkes (2023), gejala *stroke* dapat dikenali dengan sebutan *SeGeRa Ke RS*.

Apa dan bagaimana *SeGeRa Ke RS* itu? Kunjungi tautan https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/LKCXII_4 atau pindai kode QR di samping untuk mengetahuinya!



2. Epilepsi

Kejang atau epilepsi merupakan salah satu gejala penyakit neurologis yang sering disalahpahami di masyarakat. Agar kesalahpahaman ini tidak berlangsung lebih luas, ayo pahami epilepsi lebih lanjut melalui aktivitas berikut.



Ayo Pahami!

Aktivitas 1.21 Gejala Epilepsi

Apakah kalian pernah mendengar atau melihat orang yang mengalami kejang di sekitar kalian? Cari tahu dan pahami kondisi sebenarnya yang sedang terjadi. Apa yang seharusnya kalian lakukan jika mendapati orang yang kejang di sekitar kalian?

Untuk menangani epilepsi seperti kasus di atas diperlukan cara yang tepat agar orang tersebut segera mendapatkan pertolongan. Agar kamu mengetahui penanganan yang tepat tersebut, pelajari materi mengenai penyakit epilepsi di bawah ini!

a. Pengertian

Epilepsi merupakan gangguan neurologis yang ditandai dengan adanya serangan kejang berulang. Kejang merupakan hasil aktivitas listrik otak yang abnormal sehingga menyebabkan gangguan pada fungsi saraf (Saras Tresno, 2023).

b. Faktor Risiko

Menurut Saras (2023), faktor risiko terjadinya epilepsi adalah sebagai berikut.



Gambar 1.11 Kondisi seseorang ketika mengalami kejang.



- 1) Usia: anak-anak dan dewasa muda memiliki risiko epilepsi paling tinggi.
- 2) Memiliki keluarga dengan riwayat kejang.
- 3) Memiliki riwayat kejang demam.
- 4) Jenis kelamin: epilepsi lebih umum terjadi pada perempuan.
- 5) Memiliki gangguan perkembangan, seperti gangguan spektrum autisme.
- 6) Mengalami cedera kepala.

c. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis epilepsi yaitu kejang. Kejang dibagi menjadi kejang parsial dan kejang umum atau tonik klonik.

- 1) Gejala kejang parsial:
 - Wajah menyeringai
 - Kesemutan
 - Pengalaman sensorik dari penglihatan, bau, atau warna
 - Perubahan tingkat kesadaran
- 2) Gejala kejang umum atau tonik klonik:
 - Nyeri kepala
 - Penurunan kesadaran disertai jatuh
 - Reflek lengan dan tungkai tidak terkontrol
 - Sesak napas atau henti napas (apnea)
 - Mulut berbusa
 - Perubahan pada mata
 - Kekakuan pada rahang dan ekstermitas
 - Menggigit lidah
 - Inkontinensia

Setelah kamu memahami konsep penyakit epilepsi, apa yang dapat perawat lakukan dalam merawat klien epilepsi? Temukan jawabannya pada proses keperawatan di bawah ini!

d. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang.

Kaji riwayat demam, kondisi lingkungan dan pola kebiasaan sehari-hari yang menyebabkan kejang. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah laboratorium, EEG, MRI, dan pemeriksaan radiologis.

2) Diagnosis Keperawatan

Termoregulasi tidak efektif, risiko cedera, dan ansietas.



3) Intervensi Keperawatan

Pengaturan suhu tubuh, amati tingkat keparahan dan cedera, serta tingkatkan pengetahuan penyakit.

4) Implementasi Keperawatan

Mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera ketika kejang. Memberikan edukasi pertolongan pertama kepada klien dan keluarga jika terjadi kejang:

- Baringkan klien di tempat yang aman dan datar.
- Berikan alas yang empuk jika tersedia.
- Pertahankan jalan napas untuk mencegah tersedak dan lidah tergigit.
- Mencatat waktu/durasi terjadinya kejang.
- Jauhkan dari benda tajam dan berbahaya, serta jangan masukan benda apapun ke dalam mulut klien kejang.
- Segera bawa klien ke fasilitas kesehatan terdekat.

Setelah fase kejang, meningkatkan asupan cairan melalui intravena dan oral, serta melakukan kolaborasi pemberian obat jika perlu.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Lakukan pencatatan respons klien selama tindakan dan sesudah tindakan.

Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 1.22

Pertolongan Pertama saat Kejang

An. K, remaja laki-laki usia 16 tahun, mengalami kejang mendadak di sekolah. Kejang berlangsung selama 1-2 menit disertai kehilangan kesadaran. Petugas UKS melakukan tindakan keperawatan kepada klien kejang. Setelah kejang berhenti, An. K dibawa ke rumah sakit. Setelah kesadarannya pulih, An. K merasa bingung dan lelah. Setelah dilakukan pemeriksaan EEG, terlihat adanya aktivitas listrik otak yang abnormal. Dokter mendiagnosis An. K dengan epilepsi.

1. Bentuk kelompok yang terdiri atas 5-6 orang.
2. Buatlah *roleplay*, dengan situasi kasus di atas.
3. Demonstrasikan pula pertolongan pertama saat kejang, edukasi klien dan keluarganya mengenai pengobatan teratur, pemicu kejang, dan pentingnya dukungan keluarga dalam perawatan sehari-hari.



3. Meningitis

Infeksi pada otak merupakan penyakit serius yang dapat menyebabkan kecacatan, bahkan kematian bila tidak ditangani segera. Kerjakan aktivitas berikut untuk menambah pemahamanmu mengenai penyakit infeksi atau peradangan pada otak.



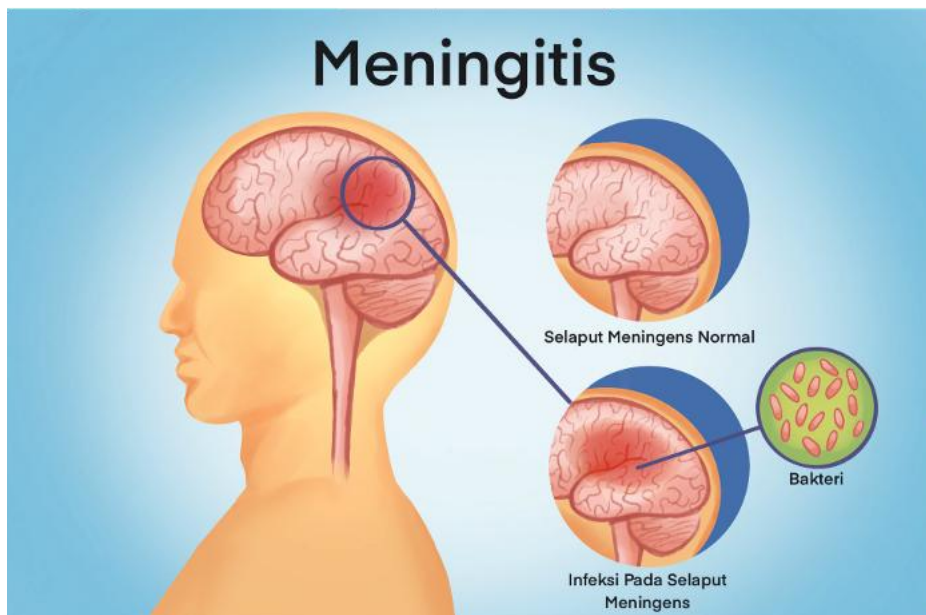
Ayo Amati!

Aktivitas 1.23 Gejala Meningitis

Infeksi mikroorganisme sering menyerang organ tubuh manusia. Jika mikroorganisme penyebab infeksi menyerang otak, amatilah kemungkinan yang dapat terjadi pada otak? Jelaskan pendapat kalian!

a. Pengertian

Meningitis merupakan peradangan yang terjadi pada meninges. Meninges adalah membran yang mengelilingi otak dan medula spinalis. Meningitis umumnya disebabkan oleh bakteri, virus, fungi, dan parasit (Taher Rusli, et al, 2024).



Gambar 1.12 Kondisi Meningens Normal dan Meningitis

b. Faktor Risiko

Berikut faktor risiko terjadinya meningitis menurut Runde et al. (2023).

- 1) Memiliki riwayat kelainan kongenital dan kelainan pascatrauma.



- 2) Memiliki riwayat bedah saraf, fraktur tulang tengkorak, dan implan koklea.
- 3) Penderita immunosupresi
- 4) Orang yang kontak dekat dengan penderita meningitis beresiko mengalami meningitis.

Studi lain menurut Niemela, et al. (2023), faktor risiko meningitis bakterial terdiri atas:

- 1) polusi udara yang ada di dalam ruangan,
- 2) rumah yang memiliki jarak berdesakan,
- 3) malnutrisi, dan
- 4) riwayat anemia sel sabit.

c. Manifestasi Klinis

Pada awal gejala, klien meningitis akan mengalami gejala trias meningitis (Runde et al., 2023), yaitu:

- 1) demam,
 - 2) sakit kepala, dan
 - 3) kekakuan pada leher (kaku kuduk).
- jika gejala berlanjut, maka akan menimbulkan:
- 5) obtundation (penurunan tingkat kewaspadaan atau kesadaran),
 - 6) defisit neurologis fokal,
 - 7) kejang,
 - 8) papil edema,
 - 9) ruam *petechial/purpura fulminans*, dan
 - 10) mual dan muntah.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Pada pemeriksaan fungsi neurologis, umumnya muncul tanda meningeal berupa kaku kuduk, tanda kernig, dan brudzinski akan positif.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan pungsi lumbal dan kultur CSS, kultur darah, kultur urin, elektrolit serum, MRI, dan CT-Scan.

- 2) Diagnosis Keperawatan

Risiko perfusi serebral tidak efektif, hipertermi, dan nyeri akut.



3) Intervensi Keperawatan

Pemantauan neurologis, manajemen hipertermia, dan manajemen nyeri.

4) Implementasi Keperawatan

Memonitor tanda-tanda vital dan menganjurkan klien istirahat, agar tidak terjadi kenaikan tekanan intrakranial. Membantu pemenuhan cairan intravena dan oral pada serta kolaborasi pemberian obat yang telah diresepkan.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Lakukan evaluasi respons saat tindakan dan setelah tindakan, lalu catat hasilnya pada dokumentasi keperawatan.

Perawat perlu melatih kemampuannya dalam melakukan pengkajian kepada klien, pengkajian tersebut dapat membantu dalam merumuskan diagnosis keperawatan. Latih kemampuanmu dengan melakukan aktivitas di bawah ini!



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.24 Pemeriksaan Fungsi Neurologis

Ny. U usia 20 tahun, memeriksakan diri ke IGD rumah sakit. Ny. U mengalami demam tinggi, sakit kepala hebat, dan leher menjadi kaku. Ia juga mengalami mual muntah dan terlihat kebingungan. Kamu ditugaskan melakukan pengkajian neurologis rangsangan meningeal pada Ny. U.

1. Carilah informasi dari sumber terpercaya mengenai prosedur pemeriksaan rangsangan meningeal, yaitu kaku kuduk, tanda kernig, dan tanda brudzinski.
2. Lakukan pemeriksaan tersebut kepada teman sebangkumu, lakukan secara bergantian.
3. Minta pendidik pengampu untuk mendampingi.



Saat virus atau bakteri masuk ke dalam tubuh kita, sistem imun akan membentuk pasukan pertahanan dan bekerja tanpa henti untuk melawan. Pada pembelajaran selanjutnya, kalian akan mengenal penyakit-penyakit yang dapat menyerang sistem imun. Pelajari dengan saksama!

1. HIV/AIDS



Ayo Pahami!

Aktivitas 1.25 Penyebab HIV/AIDS

HIV/AIDS saat ini masih menjadi penyakit yang ditakuti. Carilah informasi mengenai HIV/AIDS dan pahami informasi tersebut dengan baik. Setelah itu kemukakan faktor penyebab seseorang dapat terinfeksi HIV/AIDS!

Sebagai calon tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving*, kamu perlu pemahaman konsep penyakit HIV/AIDS untuk memperkuat pencegahan dan memberikan edukasi di lingkungan sekitar.

a. Pengertian

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*, yaitu virus yang menyerang sistem imun atau sistem kekebalan tubuh manusia. HIV dapat melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan penyakit. Sedangkan AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* merupakan sekumpulan gejala yang timbul karena kekebalan tubuh menurun akibat infeksi HIV (Kemenkes, 2023).

b. Faktor Risiko

- 1) Berganti-ganti pasangan intim, baik secara anal ataupun normal tanpa pengaman.
- 2) Menggunakan narkoba dengan jarum suntik secara bergantian dengan orang lain.
- 3) Ibu hamil penderita HIV/AIDS dapat menularkan penyakitnya kepada janin melalui plasenta.
- 4) Mendapatkan suntikan, transfusi darah, atau prosedur medis lainnya yang tidak steril atau tidak dilakukan secara profesional.

c. Manifestasi Klinis

Berikut tanda dan gejala HIV yang umum muncul pada tahap awal.

- 1) Sariawan atau ruam di mulut



- 2) Sakit kepala, demam, dan flu berkepanjangan
- 3) Kelelahan
- 4) Radang tenggorokan dan pembesaran kelenjar getah bening.
- 5) Nafsu makan menurun dan berat badan menurun.
- 6) Nyeri otot
- 7) Ruam di kulit tubuh
- 8) Berkeringat di malam hari.
- 9) Diare
- 10) Infeksi jamur kandidiasis pada organ genitalia

Apa yang harus dipersiapkan jika kamu merawat klien dengan HIV/AIDS? Kamu dapat memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang muncul. Cermati proses keperawatan di bawah ini!

d. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji riwayat hubungan intim dengan berganti-ganti pasangan atau dengan penderita HIV/AIDS dan riwayat penggunaan narkoba.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah ELISA (enzyme linked immunosorbent assay), *western bolt*, tes rapid, pemeriksaan hematokrit, LED, rasio CD4/CD limfosit, hemoglobin, dan serum mikroglobulin.

2) Diagnosis Keperawatan

Hipertermi, diare, dan defisit nutrisi.

3) Intervensi Keperawatan

Manajemen cairan, manajemen diare, dan manajemen nutrisi.

4) Implementasi Keperawatan

Memberikan cairan elektrolit intravena, melakukan kompres pada dahi, menganjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap, menganjurkan kepatuhan konsumsi obat-obatan ARV yang telah diresepkan, serta menganjurkan agar makan makanan tinggi serat, tinggi kalori, dan tinggi protein.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Catat respons klien selama tindakan dan sesudah tindakan keperawatan selesai dalam dokumentasi keperawatan.



Infeksi virus HIV memiliki gejala yang sangat kompleks, sehingga diperlukan edukasi dan promosi kesehatan kepada klien HIV/AIDS. Lakukan aktivitas di bawah untuk menambah wawasanmu mengenai HIV/AIDS.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.26 Mini Riset HIV/AIDS

Ny. U usia 32 tahun didiagnosis HIV 2 pekan yang lalu. Dia datang ke puskesmas untuk kontrol. Kamu ditugaskan membantu konselor puskesmas untuk melakukan edukasi dan promosi kesehatan mengenai HIV/AIDS.

1. Bentuklah 5 kelompok belajar.
2. Lakukan mini riset atau mengumpulkan informasi dari sumber terpercaya mengenai salah satu topik dibawah ini.
 - Tahapan terjadinya AIDS.
 - Cara penularan dan pencegahan HIV.
 - Peran obat ARV dan kepatuhan pengobatan.
 - Dampak psikososial pada klien HIV/AIDS.
 - Stigma masyarakat dan upaya pengurangan diskriminasi pada penderita HIV/AIDS.
3. Hasil riset dipresentasikan dalam bentuk PowerPoint atau infografik.
4. Presentasikan hasilnya dalam sebuah pameran karya di dalam kelas.
5. Pendidik pengampu akan menilai hasil pekerjaan kalian.

2. Rheumatoid Arthritis



Ayo Amati!

Aktivitas 1.27 Gejala *Rheumatoid Arthritis*

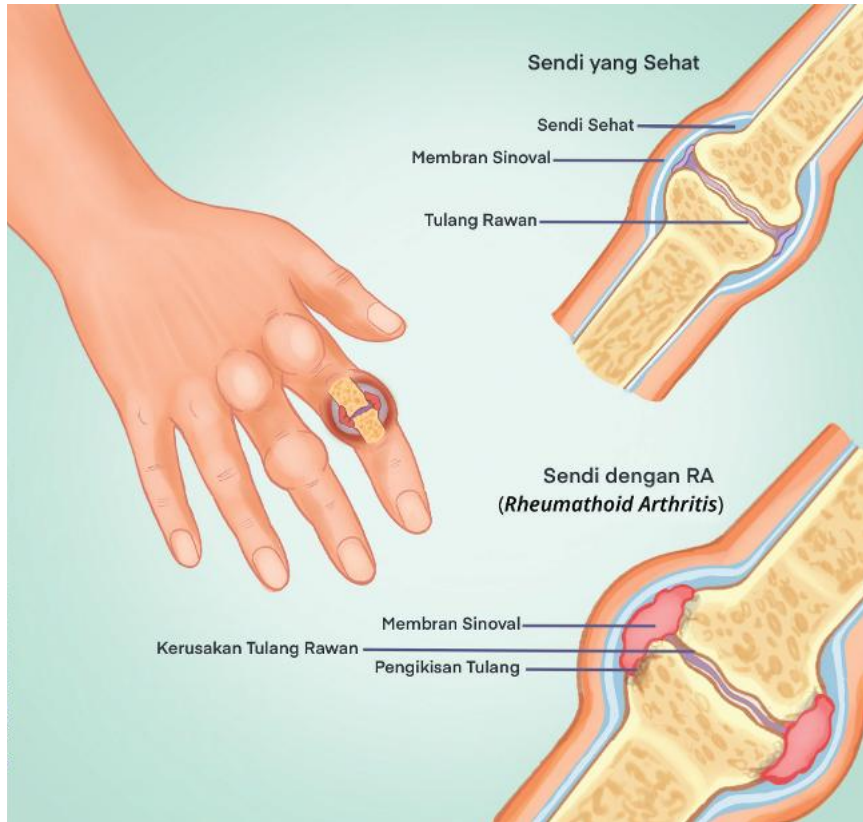
Apakah ada anggota keluarga atau orang disekitarmu yang mengalami rematik? Ayo amati gejala apa yang biasanya dikeluhkan oleh penderita rematik? Kemukakan pendapatmu!

Rematik adalah istilah umum dari penyakit *rheumatoid arthritis*. Gejala penyakit ini dapat mengganggu aktivitas dan kualitas hidup penderita. Simak konsep penyakit rheumatoid arthritis di bawah ini!



a. Pengertian

Rheumatoid arthritis adalah penyakit autoimun kronis (jangka panjang), yang menyerang sendi (Smith & Berman, 2022). Sel imun menyebabkan peradangan pada lapisan dalam sendi (synovium), sehingga sinovium menjadi menebal dan peradangan menjadi kronis.



Gambar 1.13 Kondisi sendi sehat dan yang mengalami peradangan.

b. Faktor Risiko

- 1) Usia: *rheumatoid arthritis* meningkat seiring bertambahnya usia.
- 2) Jenis kelamin: umumnya terjadi pada perempuan.
- 3) Riwayat keluarga
- 4) Merokok
- 5) Obesitas
- 6) Periodontitis (penyakit pada gusi)
- 7) Penyakit paru-paru

c. Manifestasi Klinis

Menurut *National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Disease* (2022), *rheumatoid arthritis* umumnya terjadi pada sendi pergerakan tangan, tangan dan kaki. Gejalanya sering muncul pada kedua sisi tubuh dengan pola simetris. Berikut gejala umumnya:



- 1) Nyeri sendi saat bergerak dan istirahat disertai nyeri tekan, pembengkakan dan rasa hangat pada sendi.
- 2) Kekakuan pada sendi yang dapat terjadi lebih dari 30 menit, biasanya terjadi setelah bangun tidur di pagi hari atau setelah beristirahat dalam jangka waktu yang lama.
- 3) Pembengkakan pada sendi, yang mengganggu aktivitas sehari-hari, seperti sulit mengepalkan tangan, menyisir rambut, mengancingkan baju, atau menekuk lutut.
- 4) Kelelahan
- 5) Demam
- 6) Penurunan nafsu makan

Jika ada penderita *rheumatoid arthritis* di lingkunganmu, apa yang akan kamu lakukan sebagai calon layanan penunjang keperawatan dan *caregiving*? Tentunya kamu harus memahami proses keperawatan dalam kasus penyakit tersebut.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji nyeri menggunakan metode PQRST.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan terdiri atas pemeriksaan laboratorium, sinar X, pindai radionuklida, atrofi, dan biopsi membran sinovial.

- 2) Diagnosis Keperawatan

Gangguan mobilitas fisik, nyeri kronis, dan ansietas.

- 3) Intervensi Keperawatan

Dukungan mobilisasi, manajemen nyeri, dan reduksi ansietas.

- 4) Implementasi Keperawatan

Membantu aktivitas klien, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, seperti memasang buli-buli hangat pada area nyeri, memotivasi serta menjelaskan penyakit, dan pengobatan untuk mengurangi ansietas.

- 5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Catat respons klien saat evaluasi selama tindakan dan sesudah tindakan, secara subjektif dan objektif pada dokumentasi keperawatan.

Saatnya kamu mengaplikasikan proses keperawatan pada klien *rheumatoid arthritis*. Lakukan aktivitas berikut untuk mengasah kemampuan dalam merawat klien *rheumatoid arthritis*.





Ayo Pahami!

Aktivitas 1.28 Perawatan Rheumatoid Arthritis

Kamu sedang praktik lapangan di salah satu panti wreda. Kamu ditugaskan untuk membantu aktivitas sehari-hari lansia yang menderita *rheumatoid arthritis*.

1. Bagaimana perasaanmu jika mengalami penyakit *rheumatoid arthritis* seperti lansia tersebut?
2. Apa yang akan kamu lakukan untuk membantu lansia tersebut? Jelaskan prosedurnya!
3. Apa hal baru yang kamu pelajari dari kasus *rheumatoid arthritis* ini?
4. Diskusikan secara bergantian di forum diskusi kelas.

3. Psoriasis

Penyakit autoimun kronis yang menimbulkan gejala pada kulit salah satunya adalah psoriasis. Psoriasis bukan penyakit menular, namun dapat memengaruhi kesehatan fisik dan mental klien. Untuk dapat menyikapi kasus psoriasis dengan bijak, pelajari materi penyakit berikut secara kritis.



Ayo Pahami!

Aktivitas 1.29 Gejala Psoriasis!

Seorang pria berusia 34 tahun mengalami bercak-bercak merah dan sisik tebal di kulitnya. Dia dijauhi oleh orang-orang disekitarnya karena takut tertular. Ayo Pahami gejala sesungguhnya pada pria tersebut dan bagaimana seharusnya kamu bersikap?

a. Pengertian

Psoriasis adalah penyakit autoimun dan inflamasi kronis yang terjadi pada kulit (Putu & Santosa, 2025). Psoriasis dapat terjadi pada laki-laki dan perempuan pada semua tahapan usia.

b. Manifestasi Klinis

Menurut Kemenkes (2023), berikut gejala umum psoriasis yang timbul.

- 1) Kulit merah, kering, tebal, dan bersisik.
- 2) Kuku mengalami penebalan dan teksturnya tidak merata.
- 3) Kulit gatal dan panas sehingga membuat tubuh tidak nyaman.
- 4) Pembengkakan pada sendi, sehingga menyebabkan sendi menjadi kaku.
- 5) Kulit kering yang menyebabkan kulit pecah-pecah hingga berdarah.





Gambar 1.14 Gejala Psoriasis pada Kulit

c. Faktor Risiko

- 1) Riwayat keluarga
- 2) Stres
- 3) Obesitas
- 4) Trauma/cedera pada kulit
- 5) Merokok
- 6) Mengonsumsi alkohol
- 7) Infeksi virus atau bakteri seperti *streptococcus* dan HIV
- 8) Gangguan sistem kekebalan tubuh
- 9) Perubahan cuaca

Berikut asuhan keperawatan yang dapat diberikan sesuai dengan masalah yang muncul pada penderita psoriasis. Simaklah proses keperawatan berikut!

Tabel 1.3 Proses Keperawatan Psoriasis

Pengkajian Keperawatan	Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji dampak psikologis keparahan lesi kulit terhadap kualitas kehidupan klien, dan kaji pemahaman tentang penyakitnya. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah laju sedimentasi eritrosit (LED), tingkat asam urat, neutrofil, tes jamur, dan biopsi kulit.
Diagnosis Keperawatan	Gangguan integritas kulit, nyeri kronis, dan gangguan citra tubuh.



Intervensi Keperawatan	Perawatan integritas kulit, manajemen nyeri, dan promosi citra tubuh.
Implementasi Keperawatan	Menganjurkan klien menggunakan losion kulit berbahan petroleum atau minyak yang lembut, serta menggunakan sabun berbahan lembut khusus untuk kulit sensitif. Memberikan terapi nonfarmakologis untuk menurunkan nyeri seperti aromaterapi, membantu pemberian obat dan edukasi tentang obat yang sudah diresepkan seperti obat topikal. Memberikan dukungan psikososial dan emosional, memberikan dorongan untuk modifikasi gaya hidup seperti menghindari faktor pemicu kekambuhan, yaitu berhenti merokok, berhenti mengonsumsi alkohol, dan mengelola stres.
Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan	Catat respons pemahaman dan kepatuhan klien, serta nilai peningkatan integritas kulit dan pengurangan gejala pada dokumentasi keperawatan

Ada berbagai tipe-tipe psoriasis yang dapat terjadi. Kamu perlu melakukan riset agar memahami berbagai gejala yang muncul dari setiap tipe psoriasis. Selain itu sebagai calon tenaga kesehatan, kamu juga perlu memberikan edukasi kepada masyarakat untuk mengurangi stigma terhadap penderita psoriasis.

Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 1.30

Pemberian Dukungan untuk Klien Psoriasis

Kamu sedang melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada Tn. U usia 30 tahun yang menderita psoriasis. Kulit tangan Tn. U bersisik, merah, dan gatal. Tn. U mengatakan gejalanya kambuh saat ia stres dan cuaca dingin. Tn. U ingin mengetahui lebih lanjut mengenai psoriasis, tipe-tipenya serta gejala khasnya? Ia juga mengatakan terkadang merasakan depresi karena kondisi kulitnya yang sensitif.

1. Carilah informasi dari sumber terpercaya mengenai tipe-tipe psoriasis dan gejala khas dari setiap tipe!
2. Sajikan dalam bentuk tabel (Tipe Psoriasis – Tanda dan Gejala).
3. Lakukan permainan peran dengan teman sebangkumu untuk memberikan edukasi dan dukungan kepada Tn. U!
4. Catat hasilnya dan kumpulkan kepada pendidik pengampu.



Sistem onkologi mempelajari anatomi dan fisiologi kanker yang tumbuh dan menyebar di dalam tubuh manusia. Pada materi ini kita akan mempelajari macam-macam kanker serta proses keperawatannya. Simak dengan saksama.

Ayo Amati!

Aktivitas 1.31 Gejala Kanker Payudara

Adakah orang di sekitarmu yang sedang menderita kanker payudara atau mungkin mempunyai riwayat kanker payudara? Lakukan wawancara, catat serta amati perasaan, kebiasaan, dan gejala yang dimilikinya!

1. Kanker Payudara

Kasus kanker payudara terus meningkat di kalangan perempuan. Tahukah kamu faktor risiko terjadinya kasus ini? Agar kamu lebih memahaminya, pelajari konsep penyakit di bawah ini!

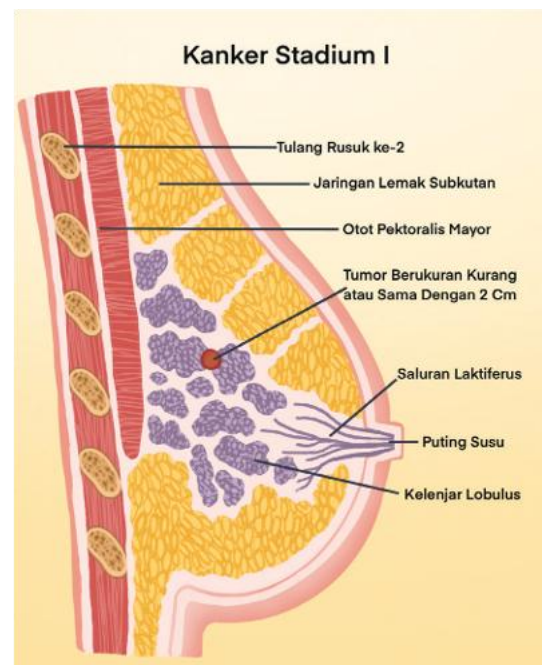
a. Pengertian

Kanker payudara atau yang disebut dengan *Carcinoma Mammarum* (*Ca Mammarum*) adalah sebuah tumor (benjolan abnormal) ganas yang tumbuh di dalam jaringan payudara (Fatimah, et al., 2024). Tumor ini dapat menyebar ke organ lain di seluruh tubuh yang disebut dengan metastase.

b. Faktor Risiko

Menurut WHO (2024), berikut faktor risiko terjadinya *Ca Mammarum*.

- 1) Jenis kelamin perempuan (sekitar 99% kanker payudara terjadi pada perempuan usia di atas 30 tahun).
- 2) Obesitas
- 3) Mengonsumsi minuman beralkohol.
- 4) Riwayat keluarga kanker payudara
- 5) Riwayat paparan radiasi



Gambar 1.15 Kondisi Kanker Payudara Stadium 1

- 6) Merokok
- 7) Faktor hormonal: riwayat menstruasi yang dimulai pada usia lebih muda, menopause terlambat, dan terapi hormon pascamenopause.

c. Manifestasi Klinis

- 1) Benjolan atau penebalan payudara
- 2) Perubahan ukuran, bentuk, atau penampilan payudara.
- 3) Pembengkakan pada ketiak
- 4) Pengerutan, kemerahan, cekungan, atau perubahan lain pada kulit payudara.
- 5) Perubahan pada penampilan puting susu (areola).
- 6) Keluar cairan abnormal atau darah dari puting susu.
- 7) Nyeri pada benjolan yang muncul di payudara.

Penderita kanker payudara memerlukan pendampingan dan dukungan emosional dari perawat atau lingkungan sekitarnya. Kamu perlu memahami peran perawat dalam memenuhi proses keperawatan klien kanker payudara.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Inspeksi dan palpasi benjolan yang mengeras, kaji apakah terdapat cairan yang keluar dari puting ketika ditekan. Kaji respons emosional terhadap penyakit yang dideritanya.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah tes laboratorium, pemeriksaan sitologik, mammografi, ultrasonografi, termografi, xeroradiografi, biopsi, CT Scan, dan pemeriksaan hematologi.

- 2) Diagnosis Keperawatan

Nyeri kronis, gangguan citra tubuh, dan gangguan integritas kulit.

- 3) Intervensi Keperawatan

Manajemen nyeri, promosi citra tubuh, dan perawatan luka.

- 4) Implementasi Keperawatan

Memberikan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan nyeri, seperti terapi musik, aromaterapi dan teknik imajinasi terbimbing. Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat-obatan untuk terapi pengobatan. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik yang akan terjadi, dan memberikan motivasi untuk meningkatkan harga diri klien, melakukan perawatan luka dan memberikan obat topikal yang diresepkan oleh dokter.



5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Lakukan penilaian dan catat respons klien saat tindakan diberikan dan setelah selesai tindakan.

Setelah mendapatkan materi di atas, betapa pentingnya pengetahuan dan kesadaran terhadap kanker payudara sejak remaja. Sekarang saatnya kamu mengaplikasikan promosi dan edukasi kanker payudara di lingkungan sekitar.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.32

**Promosi Deteksi Dini
Kanker Payudara**

Sasaran WHO dari *Global Breast Cancer Initiative* (GBCI) adalah mengurangi angka kematian dari kasus penyakit kanker payudara dengan langkah tiga pilar, yaitu promosi kesehatan untuk deteksi dini, diagnosis tepat waktu, dan manajemen kanker payudara yang komprehensif.

1. Bagi murid di kelasmu menjadi 3 kelompok belajar.
2. Buat media presentasi dengan salah satu tema berikut:
 - a. Cara mendeteksi dini kanker payudara.
 - b. Pemeriksaan dan diagnosis kanker payudara.
 - c. Pengobatan kanker payudara.
3. Presentasikan hasil diskusi kelompok kalian di depan kelas.



Suplemen

Menurut Kemenkes (2018), kanker payudara menjadi salah satu penyakit yang menyebabkan banyak kematian. Maka dari itu, gejala kanker payudara harus dideteksi sedini mungkin. SADARI merupakan salah satu teknik untuk mendeteksi adanya kanker payudara sedini mungkin. Langkah ini dilakukan melalui pemeriksaan secara mandiri. Teknik SADARI lebih baik dilakukan 7 hingga 10 hari setelah menstruasi setiap bulannya. Kunjungi tautan https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/LKCXII_5 atau pindai kode QR disamping, agar kalian mengetahui langkah-langkah SADARI!



2. Kanker Serviks

Selain kanker payudara, kanker serviks (leher rahim) menjadi ancaman kematian bagi kaum wanita di Indonesia. Ayo kerjakan aktivitas berikut agar kalian lebih memahami kanker serviks.



Ayo Pahami!

Aktivitas 1.33

Kasus Penyakit Kanker Serviks di Indonesia!

Carilah informasi selengkap-lengkapnnya mengenai kanker serviks. Pelajari dan pahami informasi tersebut dengan baik. Berdasarkan pemahamanmu, apa yang dapat kamu lakukan untuk menurunkan kasus kanker serviks di Indonesia? Kemukakan pendapatmu!

a. Pengertian

Kanker serviks adalah penyakit kanker yang terjadi pada sel-sel serviks atau bagian bawah rahim yang terhubung ke vagina. Kanker serviks disebabkan oleh infeksi *human papillomavirus* (HPV) yang berkembang di leher rahim. Kanker ini berkembang secara perlahan seiring berjalannya waktu (National Cancer Institute, 2023).



Gambar 1.16 Kanker Serviks



b. Faktor Risiko

- 1) Memiliki sistem kekebalan tubuh yang lemah.
- 2) Merokok atau menjadi perokok pasif.
- 3) Penggunaan alat kontrasepsi hormonal.
- 4) Terlalu sering hamil.
- 5) Hamil, melahirkan, atau melakukan aktivitas seksual di usia dini.
- 6) Memiliki pasangan intim lebih dari satu orang.

c. Manifestasi Klinis

Kanker stadium awal memiliki gejala sebagai berikut.

- 1) Perdarahan pada vagina setelah menopause.
- 2) Perdarahan pada vagina setelah berhubungan seks.
- 3) Perdarahan vagina di antara periode menstruasi atau periode menstruasi yang lebih lama dari biasanya.
- 4) Keputihan yang encer dan bau menyengat serta mengandung darah.
- 5) Nyeri panggul atau nyeri saat berhubungan seks.

Kanker stadium lanjut dapat mencakup gejala stadium awal dan gejala berikut.

- 1) Sulit atau nyeri saat buang air kecil, serta pendarahan dari rektum saat buang air besar.
- 2) Sulit atau nyeri saat buang air kecil atau darah dalam urine.
- 3) Pembengkakan pada kaki.
- 4) Nyeri pada perut dan panggul.
- 5) Sering merasa lelah.

Gejala pada penderita kanker serviks bersifat kompleks, sehingga terkadang dapat berdampak kepada fisik dan mental klien. Seorang perawat perlu melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien. Kamu perlu mengenal proses keperawatan tersebut, agar memperkaya pemahamanmu.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

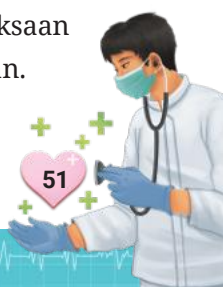
Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji keadaan saat menstruasi dan riwayat kehamilan, serta persalinan.



Suplemen

Tahukah kamu kurangnya kebersihan vagina dapat meningkatkan risiko kanker serviks? Menurut Kemenkes (2024), faktor risiko yang harus dihindari agar terhindar dari kanker serviks adalah kurang menjaga kebersihan vagina. Penting untuk para perempuan menjaga kebersihan vagina setiap saat. Basuh vagina dengan air bersih setelah buang air besar dan kecil. Lalu keringkan dengan tisu atau kain bersih setelah dibersihkan. Gunakan pakaian dalam berbahan nyaman dan tidak ketat.

Untuk menambah wawasanmu mengenai kanker serviks, kunjungi tautan https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/LKCXII_6 atau pindai kode QR di bawah!



Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah, Inspeksi Visual Asam (IVA), *Pap smear*, *Thin Prep*, Kolposkopi, pemeriksaan laboratorium, *CT Scan*, *X-Ray*, MRI, dan pemeriksaan organ panggul.

2) **Diagnosis Keperawatan**

Hipovolemia, nyeri kronis, dan gangguan eliminasi urine.

3) **Intervensi Keperawatan**

Manajemen cairan, manajemen nyeri, dan monitor eliminasi urine.

4) **Implementasi Keperawatan**

Memonitor *intake* dan *output* cairan, memberikan cairan oral, kolaborasi pemberian cairan dan produk darah. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, melakukan kolaborasi untuk pemberian obat antinyeri, serta memonitor waktu dan haluaran berkemih.

5) **Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan**

Evaluasi dilakukan dengan menilai respons klien saat diberikan tindakan dan setelah diberikan tindakan.

Kasus kanker serviks masih menjadi tantangan serius dalam dunia kesehatan, kamu dapat berkontribusi dalam menurunkan kasus terjadinya kanker dengan melakukan edukasi di lingkungan sekitar. Lakukanlah mini riset di bawah ini.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.34

Presentasi Kanker Serviks

Kanker serviks menjadi penyebab kematian terbanyak pada wanita di Indonesia. Kementerian telah menyusun Rencana Aksi Nasional Eliminasi kanker serviks. Untuk mengaplikasikan rencana tersebut, lakukanlah aktivitas kelompok di bawah ini!

1. Bentuklah 4 kelompok diskusi. Setiap kelompok mencari informasi dari artikel/jurnal/video edukatif dari internet mengenai materi yang telah ditentukan.

Kelompok 1: Pencegahan Kanker Serviks

Kelompok 2: Penanganan Kanker Serviks

Kelompok 3: Vaksinasi HPV di Indonesia

Kelompok 4: Pentingnya Edukasi Kanker Serviks untuk Masyarakat

2. Lakukan presentasi singkat menggunakan media PowerPoint. Kemudian minta kelompok lain untuk memberi tanggapan.



3. Kanker Paru-Paru

Kanker paru-paru salah satu penyakit yang menyebabkan kematian tertinggi pada laki-laki di Indonesia. Apa itu kanker paru-paru dan bagaimana hubungannya dengan gaya hidup laki-laki? Simak konsep penyakit di bawah ini.



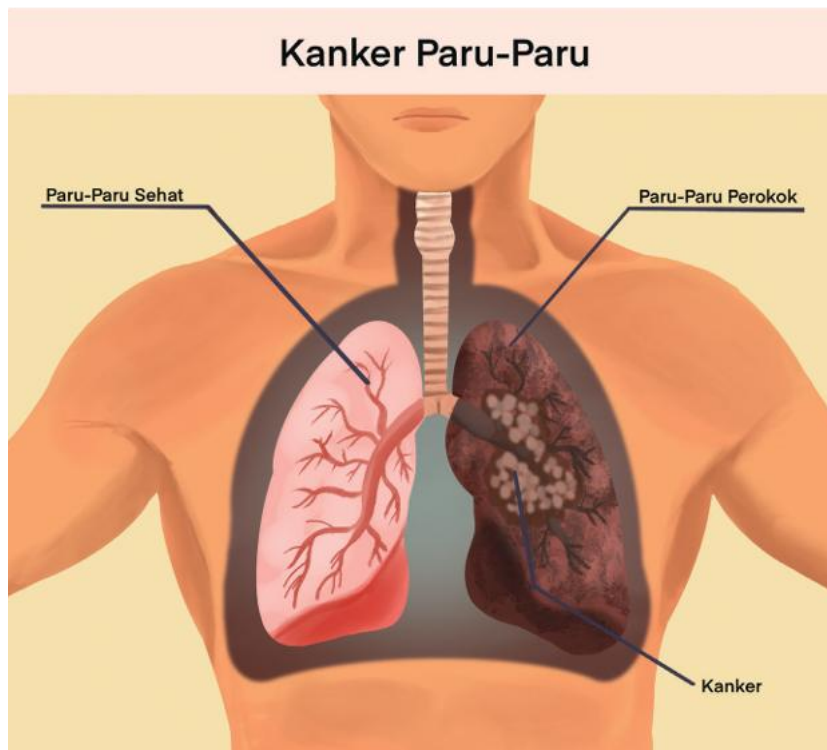
Ayo Amati!

Aktivitas 1.35 Dampak Merokok

Menjadi perokok aktif atau perokok pasif sama-sama memiliki dampak yang buruk bagi kesehatan paru-paru. Terdapat perbedaan yang jelas pada paru-paru perokok dan paru-paru yang bebas dari asap rokok. Cari informasi dan amatilah perbedaan paru-paru yang sehat dan paru-paru yang menghirup asap rokok. Mengapa hal itu bisa terjadi?

a. Pengertian

Menurut WHO (2023), kanker paru-paru merupakan kondisi tumbuhnya sel-sel abnormal secara tidak terkendali pada paru-paru. Jenis kanker paru-paru yang umumnya terjadi adalah kanker paru-paru sel kecil (*small cell lung cancer/SCLC*) dan kanker paru-paru non sel kecil (*non-small cell lung cancer/NSCLC*).



Gambar 1.17 Perbandingan paru-paru sehat dan yang mengidap kanker.



Sekarang perhatikan faktor risiko dan manifestasi klinis kanker paru-paru pada tabel berikut.

Tabel 1.4 Faktor Risiko dan Manifestasi Klinis Kanker Paru-Paru

Faktor Risiko	Manifestasi Klinis
1. Perokok aktif dan perokok pasif	1. Sesak napas dan nyeri dada
2. Laki-laki memiliki risiko lebih tinggi mengalami kanker paru-paru dibandingkan perempuan.	2. Batuk yang tak kunjung sembuh hingga mengalami batuk darah (hemoptisis).
3. Radiasi dan paparan logam, seperti asbes, kromium, nikel, klorometil eter, dan paparan oven arang.	3. Penurunan berat badan.
4. Polusi udara	4. Nyeri kepala
5. Riwayat keluarga	5. Penurunan nafsu makan dan kelelahan.
6. Riwayat penyakit paru-paru kronis	6. Suara menjadi parau.
	7. Perubahan pada ujung jari menjadi cembung.
	8. Pembengkakan pada muka atau leher.

b. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah foto toraks, bronkografi, pemeriksaan laboratorium (sitologi, fungsi paru, dan tes kulit), histopatologi, CT Scan, dan MRI.

2) Diagnosis Keperawatan

Pola napas tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif, dan intoleransi aktivitas.

3) Intervensi Keperawatan

Manajemen pola napas, manajemen jalan napas, dan manajemen energi.

4) Implementasi Keperawatan

Memberikan posisi *semi fowler*, memberikan minum dengan air hangat, memberikan terapi oksigen, melakukan fisioterapi dada dan edukasi batuk efektif atau melakukan penghisapan lendir jika diperlukan. Kolaborasi memberikan obat sesuai dengan resep dokter, menganjurkan klien istirahat, dan memfasilitasi kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh klien.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan saat proses pemberian tindakan dan setelah tindakan selesai. Catat seluruh respons klien ke dalam dokumentasi keperawatan.



Pemberian asuhan keperawatan melibatkan seluruh aspek kehidupan klien. Perawat perlu berperan dalam melakukan edukasi dan pendampingan selama perawatan.



Ayo Pahami!

Aktivitas 1.36

Pemberian Dukungan Klien Kanker Paru-paru

Tn. S berusia 55 tahun datang ke IGD dengan keluhan batuk berdarah, sesak napas, dan penurunan berat badan drastis. Menurut hasil data yang didapatkan, Tn. S merupakan perokok aktif selama 30 tahun. Pemeriksaan radiologi menunjukkan adanya massa di lobus kanan paru. Setelah dilakukan biopsi, hasil menunjukkan adanya karsinoma paru nonsel kecil.

Tn. S terlihat tidak semangat dan bingung. Tn. S menanyakan pengobatan penyakit kanker paru-paru. Kamu yang sedang bertugas hari itu akan melakukan pengecekan tanda-tanda vital kepada Tn. S.

1. Pahami kondisi mental Tn. S saat mendengar hasil diagnosis. Lalu bagaimana sikapmu kepada Tn. S yang kebingungan dan kehilangan semangat?
2. Bagaimana komunikasi yang akan kamu sampaikan kepada Tn. S untuk menjawab pertanyaan Tn. S mengenai pengobatan kanker paru-paru?
3. Tuliskan jawabanmu di buku tugas lalu diskusikan dengan teman di kelas.

G. Penyakit Sistem Integumen

Integumen adalah lapisan terluar yang menutupi tubuh makhluk hidup, dalam hal ini adalah kulit. Selain menjadi pelindung tubuh, kulit juga berperan dalam mengatur suhu tubuh dan sistem imun tubuh manusia. Materi yang akan kamu pelajari pada pembelajaran kali ini adalah penyakit-penyakit yang dapat terjadi pada sistem integumen.

1. Dermatitis Atopik

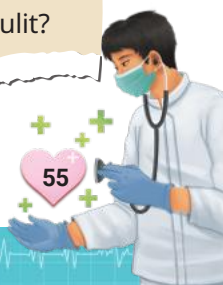


Ayo Amati!

Aktivitas 1.37

Faktor Risiko Dermatitis Atopik

Pernahkan kalian mengalami gatal kulit hingga kulit berwarna merah lalu kulitnya menjadi kering? Atau kalian pernah melihat kondisi tersebut pada orang disekitarmu? Amati atau ingat-ingat kembali faktor apa saja yang kemungkinan menjadi penyebab gatal pada kulit?



Di kalangan masyarakat, dermatitis atopik sering disebut eksim. Kasus ini menyerang semua tahapan usia, serta gejalanya sering berdampak pada kualitas hidup penderitanya.

a. Pengertian

Dermatitis adalah peradangan pada kulit bagian epidermis dan dermis yang dapat bersifat akut, subakut, atau kronis (Novitasari D., et al. 2023). Dermatitis terdiri atas beberapa jenis, antara lain dermatitis atopik (eksim), dermatitis kontak, dan dermatitis seboroik (ketombe). Menurut Earlia Nanda et al (2023), dermatitis atopik atau eksim adalah penyakit kulit kronis yang bersifat *relaps* (kambuh-kambuhan), serta menjadi *burden disease* di bidang dermatologi.



Gambar 1.18 Kondisi Kulit Dermatitis Atopik

b. Faktor Risiko

- 1) Genetik (keturunan)
- 2) Faktor lingkungan, seperti debu, suhu ekstrem (cuaca dingin, kelembapan yang rendah dan udara kering)
- 3) Gangguan fungsi *barrier* (pelindung) kulit
- 4) Faktor imunologik
- 5) Infeksi
- 6) Alergi, eksim dapat kambuh apabila terpapar iritan atau alergen seperti alergi makanan (susu, ikan, telur, jeruk, kacang-kacangan, dan gandum), dan selain makanan (detergen, sabun, dan parfum).
- 7) Stres dan gangguan emosi



c. Manifestasi Klinis

- 1) Gatal yang sangat mengganggu. Biasanya akan memburuk pada malam hari yang membuat respons ingin menggaruk dan sulit tidur. Garukan tersebut umumnya menimbulkan kulit berdarah, gatal semakin intens, dan menyebabkan infeksi sekunder.
- 2) Kulit menjadi berwarna merah atau cokelat.
- 3) Muncul benjol kecil yang berisi cairan (*bula/pustule*), hiperpigmentasi, dan hipopigmentasi.
- 4) Dalam jangka waktu yang lama, kulit menjadi kering, tebal, pecah-pecah, dan kasar.
- 5) Demam, nyeri, dan rasa terbakar pada kulit.

Jika terdapat gejala-gejala di atas pada orang di sekitarmu, apa yang harus kamu lakukan untuk merawatnya? Simak proses keperawatan berikut, agar kamu mengetahui implementasi yang dapat diberikan kepada klien dermatitis atopik.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji adanya alergi terhadap alergen.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium, yaitu pemeriksaan darah dan pemeriksaan urin (histopatologi).

- 2) Diagnosis Keperawatan

Gangguan integritas kulit, gangguan rasa nyaman, dan risiko infeksi.

- 3) Intervensi Keperawatan

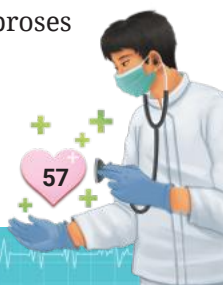
Perawatan integritas kulit, perawatan kenyamanan, dan pencegahan infeksi.

- 4) Implementasi Keperawatan

Menganjurkan klien menggunakan produk pelembap seperti *petroleum jelly*, minyak zaitun atau *baby oil* pada kulit kering, menghindari produk yang mengandung alkohol, dan menganjurkan untuk menggunakan produk sabun yang alami dan hipoalergi pada kulit sensitif. Menganjurkan klien untuk menggunakan *body lotion*, minum air putih yang cukup (minimal 2 liter per hari), serta memenuhi asupan nutrisi. Mengajarkan terapi relaksasi dengan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing. Mengajarkan cuci tangan sebelum dan sesudah memakaikan obat topikal pada kulit, menjaga kebersihan lingkungan dan cara melakukan pemeriksaan tanda-tanda infeksi.

- 5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Menilai respons klien terhadap tindakan yang diberikan dan tujuan pada akhir proses keperawatan. Catat hasilnya ke dalam proses keperawatan.





Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.38 Upaya Pencegahan Dermatitis

Jenis dermatitis yang sering dijumpai di masyarakat adalah dermatitis atopik, dermatitis kontak, dan dermatitis seboroik. Penyakit ini tidak menular, namun dapat mengganggu kualitas hidup karena gatal yang berulang dan memicu risiko infeksi akibat garukan. Kamu sebagai calon tenaga layanan penunjang kesehatan dan *caregiving* perlu meningkatkan promosi kesehatan dalam upaya pencegahan dan perawatan dermatitis di lingkungan terdekat.

1. Carilah informasi mengenai perbedaan dermatitis atopik, dermatitis kontak, dan dermatitis seboroik.
2. Tulis informasi yang kamu dapatkan dalam bentuk tabel yang berisi pengertian, manifestasi klinis, serta pencegahan dan perawatan yang dapat dilakukan.
3. Diskusikan hasilnya dengan teman sekelasmu bersama pendidik pengampu.

2. Cacar Air (*Chicken Pox, Varicella*)



Ayo Amati!

Aktivitas 1.39 Gejala Cacar Air

Pernahkah kalian mengalami cacar air? Atau pernahkah melihat orang di sekitar kalian mengalami cacar air? Ayo amati gejala umum yang muncul pada penderita cacar air?

Cacar air adalah penyakit yang sangat menular, baik melalui droplet atau kontak langsung dengan cairan dari lesi pada kulit penderita. Pahami konsep di bawah ini, agar kamu dapat mencegah dan menangani penderita cacar air dengan baik.

a. Pengertian

Cacar air merupakan infeksi yang disebabkan oleh *Varicella Zoster Virus (VZV)* yaitu virus yang masih termasuk ke dalam herpesvirus. Infeksi virus ini masuk melalui konjungtiva dan saluran pernapasan, lalu bereplikasi di dalam nasofaring dan saluran pernapasan atas (IDAI, 2021). Cacar air bersifat menular terutama pada individu yang rentan.



b. Faktor Risiko

- 1) Kontak langsung dengan penderita cacar air atau melalui cairan dari lepuhan cacar air dan droplet saat penderita batuk atau bersin.
- 2) Sistem kekebalan tubuh yang lemah, seperti pada anak-anak.
- 3) Belum mendapatkan vaksin *varicella*.
- 4) Memiliki penyakit kronis yang menyebabkan kekebalan tubuh lemah seperti HIV/AIDS.



Gambar 1.19 Cacar Air

c. Manifestasi Klinis

- 1) Demam, malaise, dan anoreksia yang timbul 1 hari sebelum timbulnya ruam.
- 2) Ruam khas, berbentuk papula kecil berwarna merah yang berkembang cepat menjadi vesikel *nonumblicated*, berbentuk oval, seperti tetesan air (*teardrop*) dengan dasar kemerahan.
- 3) Cairan di dalam vesikel berwarna keruh lalu akan berulserasi membentuk keropeng kemudian sembuh.
- 4) Setelah 3-4 hari, lesi baru akan muncul dimulai dari bagian tubuh, diikuti kepala, wajah, dan jarang pada ekstremitas.
- 5) Terasa gatal dan tidak nyaman.

Perawat memiliki peran dalam edukasi, deteksi, dan pemberian asuhan keperawatan kepada klien cacar air. Simak proses keperawatan di bawah ini!

Tabel 1.5 Proses Keperawatan Cacar Air

Pengkajian Keperawatan	Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji riwayat kontak dengan penderita cacar air sebelumnya serta riwayat imunisasi. Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan sampel darah, tes PCR (<i>Polymerase Chain Reaction</i>), dan tes kultur virus jika diperlukan.
Diagnosis Keperawatan	Hipertermia, gangguan integritas kulit, dan defisit pengetahuan.
Intervensi Keperawatan	Manajemen hipertermi, perawatan integritas kulit, dan peningkatan edukasi kesehatan.



Implementasi Keperawatan	Tindakan yang dilakukan sesuai diagnosis keperawatan meliputi, melakukan kompres hangat untuk menurunkan demam, kolaborasi memberikan obat penurun suhu jika diresepkan, serta meningkatkan pemberian cairan oral dan nutrisi. Kolaborasi memberikan obat antivirus oral dan topikal serta mengajarkan klien dan keluarga secara mandiri. Memberikan edukasi penularan cacar air dan peningkatan <i>personal hygiene</i>, seperti mandi menggunakan antiseptik, tidak menggunakan handuk secara bersamaan dengan penderita, menjaga kebersihan gigi (menggosok gigi) dan mencuci tangan.
Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan	Menilai respons klien, pemahaman klien dan hasil atau adanya perubahan kondisi dari tindakan yang diberikan. Catat hasilnya di dokumentasi keperawatan.





Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.40

Promosi Kesehatan Penularan Cacar Air

Ny. M membawa An. S usia 6 tahun yang mengalami cacar air ke puskesmas. Ny. M tidak memperbolehkan anaknya mandi karena menganggap mandi akan menyebabkan ruam di kulit bertambah banyak. Ny. M juga mengatakan anaknya tidak boleh terkena angin karena takut ruamnya bertambah banyak. Kamu yang sedang bertugas sebagai perawat jaga puskesmas akan melakukan edukasi kepada Ny. M dan anaknya mengenai penularan cacar air dan pentingnya menjaga kebersihan saat cacar air.

1. Bentuk kelompok yang terdiri atas 5-6 orang.
2. Buat media edukasi promosi kesehatan (poster atau PowerPoint) mengenai penularan cacar air dan pentingnya menjaga kebersihan badan dan lingkungan saat cacar air.
3. Lakukan edukasi promosi kesehatan di posyandu lingkungan tempat tinggal kalian.
4. Buat dokumentasi selama promosi kesehatan dilakukan.
5. Laporkan hasilnya kepada guru pengampu.

3. Luka Bakar

Luka bakar dapat terjadi pada siapa saja karena adanya transfer panas dari sumber panas ke kulit. Luka bakar memerlukan penanganan cepat dan tepat untuk mencegah infeksi dan komplikasi. Pahami konsep luka bakar di bawah ini agar kamu dapat menangani kasus luka bakar.



Ayo Amati!

Aktivitas 1.41

Gejala Luka Bakar

An. K usia 7 tahun mengalami luka bakar karena bermain lilin yang menyala. Ibunya mengoleskan odol pada area luka bakar An. K. Sang ibu menganggap odol dapat mengurangi nyeri dan luka bakar yang timbul. Amati kebiasaan tersebut yang biasa terjadi di sekitarmu. Amati pula kebiasaan-kebiasaan lain yang sering dilakukan untuk menangani luka bakar. Apakah tindakan ibu An. K sudah betul? Jelaskan alasannya!



a. Pengertian

Luka bakar (*combustio*) merupakan luka yang disebabkan adanya transfer energi dari sumber panas ke dalam tubuh. Luka bakar dari sumber suhu yang sangat tinggi dapat menimbulkan kerusakan dan kehilangan jaringan (Ixora., et al. 2024). Luka bakar terdiri atas luka bakar termal, radiasi, dan radiasi kimia.

b. Faktor Risiko

- 1) Luka bakar termal disebabkan oleh api, cairan panas, benda panas semilikuid, semisolid, dan tegangan listrik.
- 2) Luka bakar radiasi kimiawi disebabkan oleh kontak, menelan, menghirup, dan penyuntikan dari zat asam basa atau zat iritatif.
- 3) Luka bakar radiasi disebabkan oleh terpapar zat radioaktif seperti radiasi nuklir.



Gambar 1.20 Luka Bakar

c. Manifestasi Klinis

- 1) Cedera inhalasi yaitu distress pernapasan akibat penurunan oksigen dalam tubuh, yang disebabkan menghirup asap panas dari api. Gejalanya serak, batuk, dan ketidakmampuan sekresi.
- 2) Kemerahan dan nyeri pada kulit yang terkena panas.
- 3) Pembentukan lepuh (blister, bula) berwarna merah muda.
- 4) Pembengkakan pada sekitar area luka.

Klien luka bakar memiliki gangguan dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya, sehingga memerlukan bantuan dari orang-orang di sekitarnya. Perawat perlu mengkaji dan menentukan intervensi yang akan diberikan, berikut proses keperawatan pada kasus luka bakar.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Setiap klien trauma seperti luka bakar harus dilakukan *primary survey*, yaitu (1) *Airway*: cek adanya sumbatan jalan napas seperti adanya sekret atau trauma inhalasi. (2) *Breathing*: kaji adanya pneumotorax, hemothorax, dan fraktur costa. Kaji adanya dispnea, takipnea, dan suara napas tambahan seperti *gargling*, *snoring*, *ronkhi*,



dan *wheezing*. (3) *Circulation*: kaji adanya penurunan tekanan darah, detak jantung, adanya sianosis, CRT, edema, dan tanda-tanda syok hipovolemik. Setelah itu, lakukan *secondary survey* yaitu pemeriksaan fisik *head to toe* dan anamnesis data riwayat masalah kesehatan sekarang, riwayat keluarga, dan sosial. Hitung luas luka bakar menggunakan *rule of nine* dan kaji derajat beratnya luka bakar. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan darah lengkap, EKG dan fotografi luka bakar.

2) **Diagnosis Keperawatan**

Bersihan jalan napas tidak efektif, hipovolemia, dan gangguan integritas kulit.

3) **Intervensi Keperawatan**

Manajemen jalan napas, manajemen hipovolemia, dan perawatan integritas kulit.

4) **Implementasi Keperawatan**

Tindakan yang dilakukan sesuai diagnosis keperawatan yang muncul, meliputi penghisapan lendir jika ditemukan lendir, memosisikan semi *fowler* dan memberikan terapi oksigen. Kolaborasi memberikan cairan intravena isotonis, seperti NaCl dan RL. Manajemen syok hipovolemik dengan memantau status cairan, kolaborasi pemberian obat, dan pemasangan kateter, serta melakukan cek pemeriksaan darah lengkap serta elektrolit. Mengubah posisi klien tiap dua jam jika tirah baring dan membantu meningkatkan asupan nutrisi, agar mempercepat pertumbuhan jaringan kulit baru. Membantu perawatan luka, mengoleskan krim topikal yang sudah diresepkan dan memberi edukasi kebersihan lingkungan.

5) **Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan**

Kaji respons dan kondisi luka setelah diberikan tindakan. Catat semua aktivitas dan hasil respons pada dokumentasi keperawatan



Suplemen

Luka bakar merupakan sebuah trauma dan memerlukan perhatian medis darurat. Ketika terjadi luka bakar, kamu harus menghentikan pembakaran dan menangani luka bakar yang terjadi pada kulit (Kemenkes, 2024). Tahukah kamu apa yang harus dilakukan ketika terkena luka bakar? Serta bagaimana menilai tingkat keparahan luka bakar? Kunjungi tautan https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/LKCXII_7 atau pindai kode QR di samping, agar kalian lebih mengetahuinya!



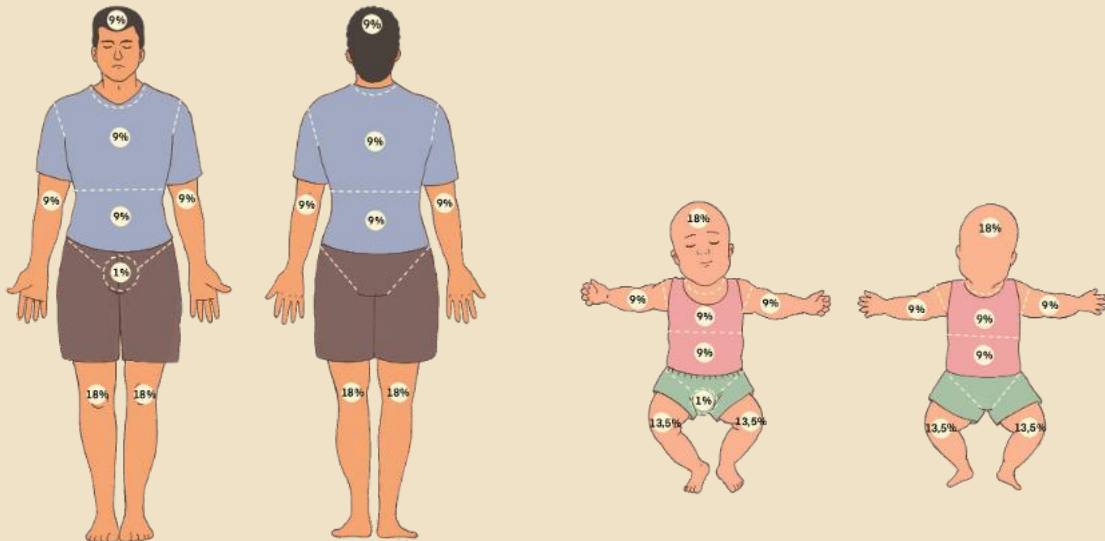
Dalam pengkajian kasus luka bakar, perawat perlu menghitung luas luka bakar. Luas luka bakar dapat dihitung menggunakan *rule of nine*. Lakukan aktivitas di bawah agar kamu lebih tahu!



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.42 Hitung Luka Bakar

Perhatikan gambar *rule of nine* (perhitungan persentase luas luka bakar) berikut!



Tn. A usia 37 tahun, dibawa ke IGD karena mengalami luka bakar akibat ledakan tabung gas. Saat perawat mengkaji didapatkan luka di area berikut.

- Seluruh dada dan perut bagian depan.
- Seluruh lengan kanan depan dan belakang.
- Kedua tungkai kaki bagian depan.

Hitung berapa persen luas luka bakar Tn. A menggunakan *rule of nine*. Mintalah pendidik pengampu untuk mendampingi.



4. Urtikaria



Ayo Pahami!

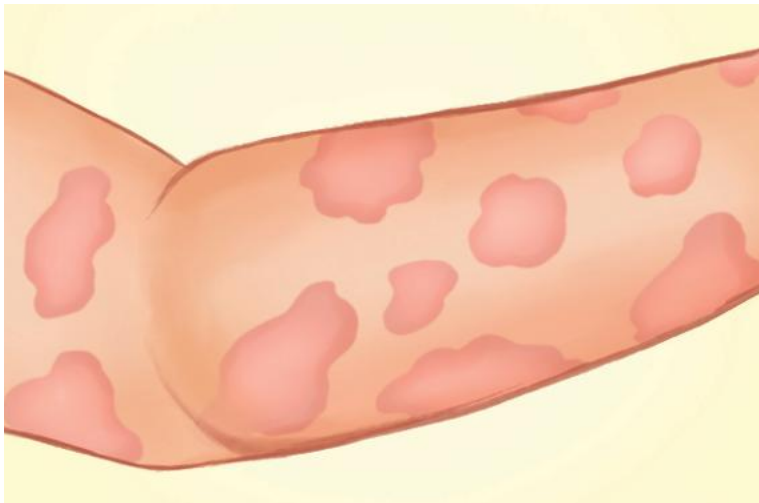
Aktivitas 1.43 Gejala Urtikaria

Pernahkan kamu mengalami biduran/kaligata atau melihat orang lain mengalami gejala tersebut? Ayo cari informasi yang lengkap kemudian pahami penyebab biduran atau kaligata!

Urtikaria dikenal juga dengan sebutan lain, yaitu biduran dan kaligata. Gejala ini sering kali terjadi di masyarakat serta banyak faktor yang menyebabkan gejala tersebut muncul. Simak konsep penyakit di bawah ini, agar kamu dapat memahami gejala urtikaria.

a. Pengertian

Urtikaria merupakan reaksi vaskular pada kulit yang muncul secara mendadak dan hilang secara perlahan (Ismunandar, et al. 2023)



Gambar 1.21 Urtikaria pada Lengan

b. Faktor Risiko

- 1) Urtikaria banyak terjadi pada wanita dengan rentang usia 20-40 tahun.
- 2) Riwayat alergi
- 3) Riwayat keluarga
- 4) Riwayat trauma faktor fisik, seperti radiasi, sinar UV, sinar matahari, suhu dingin, dan suhu panas.



- 5) Riwayat gigitan atau sengatan serangga.
- 6) Mengonsumsi obat-obatan seperti NSAID, pencahar, hormon, injeksi imunisasi, diuretik, dan antibiotik.
- 7) Mengonsumsi makanan yang mengandung alergen.
- 8) Riwayat infeksi dan penyakit autoimun.

c. Manifestasi Klinis

- 1) Angioderma yaitu pembengkakan pada jaringan di bawah kulit.
- 2) Elevasi kulit yaitu jaringan di bawah kulit lebih tinggi atau menonjol dibanding jaringan kulit sekitarnya.
- 3) Eritema yaitu kemerahan pada kulit.
- 4) Gatal dan terkadang ada sensasi rasa terbakar.

Setelah memahami konsep penyakit urtikaria, saatnya kamu memahami proses keperawatan pada kasus urtikaria.

d. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Identifikasi penyebab atau faktor pencetus terjadinya urtikaria. Inspeksi kulit yang terkena urtikaria. Tentukan klasifikasi urtikaria, jika terjadi kurang dari enam pekan maka disebut urtikaria akut, jika lebih dari enam pekan maka disebut urtikaria kronis.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah laju endap darah (LED), fungsi hati, dan kadar protein C-reaktif (CRP).

2) Diagnosis Keperawatan

Gangguan rasa nyaman, gangguan integritas kulit, dan ansietas.

3) Intervensi Keperawatan

Terapi relaksasi, perawatan kulit, dan reduksi ansietas.

4) Implementasi Keperawatan

Tindakan yang diberikan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang muncul, meliputi melakukan kompres hangat pada area urtikaria, membersihkan area gatal menggunakan air hangat, dan kolaborasi memberikan obat topikal yang telah diresepkan dokter. Menganjurkan klien menggunakan produk losion untuk melembabkan kulit, dan melarang penggunaan produk berbahan alkohol. Menganjurkan minum air 2 liter per hari dan meningkatkan asupan nutrisi yang tinggi serat. Menganjurkan klien untuk menghindari



faktor pencetus urtikaria. Menjelaskan penyakit urtikaria dan perawatan yang harus dilakukan jika terjadi gejala berulang.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Lakukan penilaian respons dan pemahaman klien saat diberikan tindakan dan setelah diberikan penjelasan. Catat seluruh respons subjektif dan objektif ke dalam catatan keperawatan.

Saatnya kamu mengaplikasikan proses keperawatan pada kasus urtikaria di bawah ini.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.44 Melakukan Edukasi Urtikaria

Ny. K usia 28 tahun datang ke klinik karena muncul ruam kemerahan di tangan, wajah, dan perut sejak 2 jam yang lalu. Kamu sedang bertugas jaga di klinik tersebut dan melakukan anamnesis kepada Ny. K. Ia mengatakan sebelumnya makan udang dan aneka boga bahari lainnya. Ny. K tampak gelisah dan terlihat menggaruk area ruam.

1. Tindakan apa yang akan kamu lakukan setelah melakukan anamnesis kepada Ny.K?
2. Edukasi apa yang perlu diberikan kepada Ny. K?
3. Demonstrasikan edukasi yang sudah ditentukan kepada teman sebangku.

H. Penyakit Sistem Indra

Pada pembelajaran kali ini, kita akan membahas penyakit sistem indra yang banyak terjadi di masyarakat. Simaklah dengan saksama!

1. Katarak



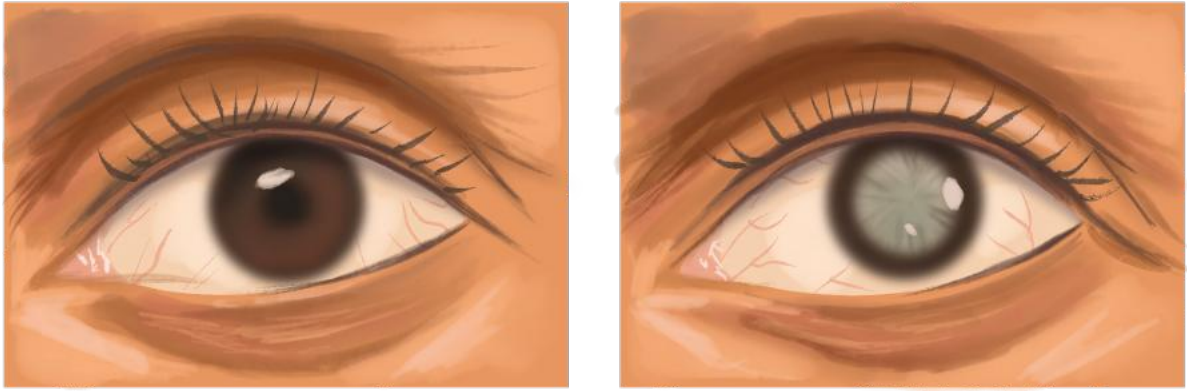
Ayo Amati!

Aktivitas 1.45 Dampak Penyakit Katarak

Apakah kamu pernah mendengar istilah katarak? Katarak membuat pandangan seseorang menjadi tidak jelas. Ayo amati, dampak apa yang akan terjadi pada aktivitas sehari-hari penderita katarak?



Katarak membuat pandangan terhalang seolah berkabut, karena terdapat bayangan buram. Terdapat beberapa faktor risiko yang menyebabkan terjadinya katarak, untuk itu simak pembelajaran di bawah ini!.



Gambar 1.22 Mata Normal (Kiri) dan Mata dengan Katarak (Kanan)

a. Pengertian

Katarak adalah gangguan mata karena terbentuknya lapisan protein pada permukaan lensa mata (Winarno F.G. 2024).

b. Faktor Risiko

Menurut Ayuni (2020), faktor risiko terjadinya katarak sebagai berikut.

- 1) Katarak umumnya terjadi pada usia lanjut
- 2) Infeksi virus pada masa pertumbuhan janin
- 3) Genetik
- 4) Riwayat gangguan perkembangan
- 5) Riwayat traumatik
- 6) Riwayat terapi kortikostteroid metabolik
- 7) Riwayat kelainan sistemik atau metabolik, seperti diabetes melitus, galaktosemia dan distrofi miotonik
- 8) Merokok dan mengonsumsi minuman alkohol.

c. Manifestasi Klinis

- 1) Pandangan kabur seperti berkabut.
- 2) Tampak seperti ada lingkaran yang dikelilingi cahaya.
- 3) Terdapat pandangan ganda.
- 4) Penurunan penglihatan saat malam hari.
- 5) Silau saat melihat cahaya lampu mobil, cahaya matahari, dan lampu.
- 6) Warna di sekitar terlihat pudar.



Kasus angka katarak sering terjadi pada usia dewasa dan lansia, seorang perawat perlu mengetahui proses keperawatan pada kasus ini.

d. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji adanya keluhan penurunan ketajaman penglihatan dan silau. Lakukan pemeriksaan menggunakan oftalmoskop, kaji adanya pengembunan seperti mutiara keabuan pada pupil sehingga retina tak akan tampak dengan oftalmoskop.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah tes ketajaman penglihatan, tes lapang pandang, pengukuran tonografi, pemeriksaan oftamologis, pemeriksaan sampel darah dan tes toleransi glukosa (GTT). Pada klien lansia lakukan pemeriksaan fungsional yang terdiri dari bartel indeks, SPMSQ, dan MMSE.

2) Diagnosis Keperawatan

Gangguan persepsi sensori, risiko jatuh, dan ansietas.

3) Intervensi Keperawatan

Minimalisasi rangsangan, manajemen keselamatan lingkungan, dan reduksi ansietas.

4) Implementasi Keperawatan

Mengatur pencahayaan lingkungan agar tidak menyilaukan, melakukan kolaborasi persiapan tindakan operasi katarak, dan perawatan setelah tindakan operasi. Memodifikasi lingkungan dengan menyediakan alat bantu keamanan seperti penyediaan pegangan tangan. Menjelaskan prosedur tindakan dan prosedur perawatan yang akan dilakukan, dengan bahasa yang mudah dipahami klien. Memberikan teknik relaksasi seperti mendengarkan musik.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Lakukan penilaian respons klien saat diberikan tindakan dan setelah proses seluruh tindakan selesai. Catat hasil yang didapatkan ke dalam catatan keperawatan.



Setelah kamu mengetahui konsep penyakit dan proses keperawatan katarak, sekarang saatnya kamu menentukan diagnosis dan intervensi keperawatan pada kasus berikut.



Ayo Pahami

Aktivitas 1.46

Menyusun Proses Asuhan Keperawatan Sederhana

Seorang lansia Ny. K usia 68 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan penglihatan buram. Kamu sebagai petugas kesehatan yang bertugas, akan melakukan anamnesa. Ny. K mengatakan sulit membaca dan mengenali benda atau wajah dari jarak jauh. Terkadang Ny. K hampir jatuh atau menabrak benda karena silau. Setelah diperiksa dokter, Ny. K didiagnosis katarak.

1. Tentukan prioritas masalah pada Ny. K!
2. Rancang rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas tersebut!
3. Buat strategi edukasi yang akan kamu berikan kepada Ny.K!
4. Catat hasilnya dan diskusikan di forum diskusi kelas bersama teman-teman dan pendidik pengampu!

2. Konjungtivitis

Konjungtivitis menyebabkan mata menjadi merah, sehingga sering disebut penyakit “*pink eye* atau mata merah”. Kerjakan aktivitas berikut untuk memahami konjungtivitis lebih baik lagi.



Ayo amati

Aktivitas 1.47

Penyebab Konjungtivitis

Pernahkah kamu mengalami mata merah atau melihat orang di sekitarmu mengalaminya? Ayo amati faktor penyebab seseorang mengalami mata merah?

a. Pengertian

Konjungtivitis adalah peradangan yang terjadi pada konjungtiva. Infeksi pada konjungtiva disebabkan oleh alergi, bakteri, dan virus (Susilawati., et al., 2024).

b. Faktor Risiko

- 1) Terpapar alergen
- 2) Infeksi bakteri atau virus
- 3) Kontak dengan orang yang terinfeksi.



- 4) Kontak dengan bahan toksik seperti cairan lensa kontak.
- 5) Memiliki riwayat penyakit autoimun dan kanker.

c. Manifestasi Klinis

Menurut Aprina et al. (2022), konjungtivitis memiliki gejala yang terdiri atas berikut.

- 1) Sklera berwarna merah muda sampai kemerahan.
- 2) Kemosis, yaitu pembengkakan pada konjungtiva.
- 3) Mata berair.
- 4) Ada keinginan mengusap atau mengucek mata karena merasakan seperti ada benda asing di mata.
- 5) Ada rasa gatal dan nyeri pada mata.
- 6) Muncul produksi eksudat.
- 7) Bulu mata tampak lengket dan mengeras terutama pada pagi hari (*sticky eyes*).

Kasus konjungtivitis sering ditemui di sekitar kita, maka kita perlu mengetahui intervensi keperawatan yang harus dilakukan. Simak proses keperawatan di bawah ini!

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji adanya keluhan mata merah, disertai gatal, silau dan adanya sekret mata. Tanyakan riwayat alergi, penggunaan lensa kontak, dan paparan lainnya. Lakukan pemeriksaan ketajaman penglihatan. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan visus.

- 2) Diagnosis Keperawatan

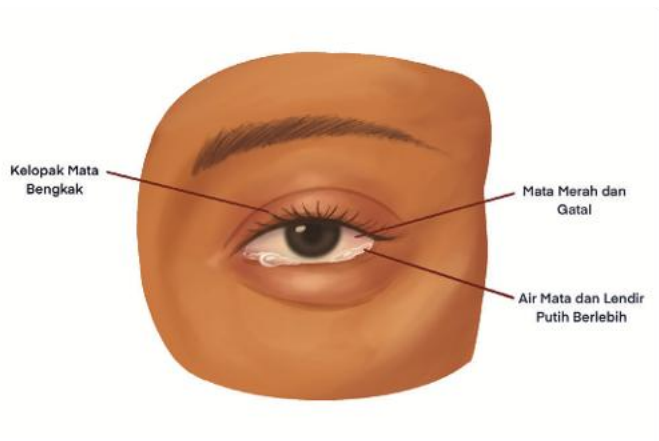
Gangguan persepsi sensori (visual), gangguan rasa nyaman, dan defisit pengetahuan.

- 3) Intervensi Keperawatan

Minimalisasi rangsangan, pemberian relaksasi, dan, edukasi kesehatan.

- 4) Implementasi Keperawatan

Menutupi mata dengan kasa steril, melakukan kolaborasi untuk memberikan obat tetes



Gambar 1.23 Kondisi Mata Konjungtivitis



mata dan obat topikal mata yang sudah diresepkan dokter. Menganjurkan istirahat untuk meningkatkan rasa nyaman. Memberikan edukasi tanda dan gejala infeksi, serta faktor terjadinya kekambuhan. Menganjurkan tidak menyentuh, mengucek mata, dan hindari paparan debu serta polusi. Mengajarkan cuci tangan, cara penggunaan penutup mata, dan penggunaan obat tetes mata yang benar.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Lakukan penilaian kondisi klien saat tindakan dan setelah tindakan semua selesai. Catat seluruh respons dan hasilnya ke dalam catatan keperawatan.

Terdapat beberapa mikroorganisme yang menyebabkan konjungtivitis, kamu dapat mengetahuinya dengan melakukan aktivitas di bawah ini.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.48 Mini Riset Konjungtivitis

Di sebuah puskesmas terjadi peningkatan kunjungan klien dengan keluhan mata merah dalam satu pekan terakhir. Saat kamu melakukan anamnesa dari beberapa klien, kamu menemukan keluhan mata merah berasal dari berbagai penyebab yang berbeda. Dari masalah tersebut, kamu berupaya untuk mencari tahu perbedaan penyebab mata merah.

1. Lakukan mini riset dari sumber internet atau buku mengenai “Perbedaan gejala konjungtivitis bakteri, virus, dan alergi”.
2. Sajikan hasilnya dalam sebuah tabel.
3. Lakukan diskusi dengan teman sebangkumu lalu laporkan hasilnya kepada guru pengampu.

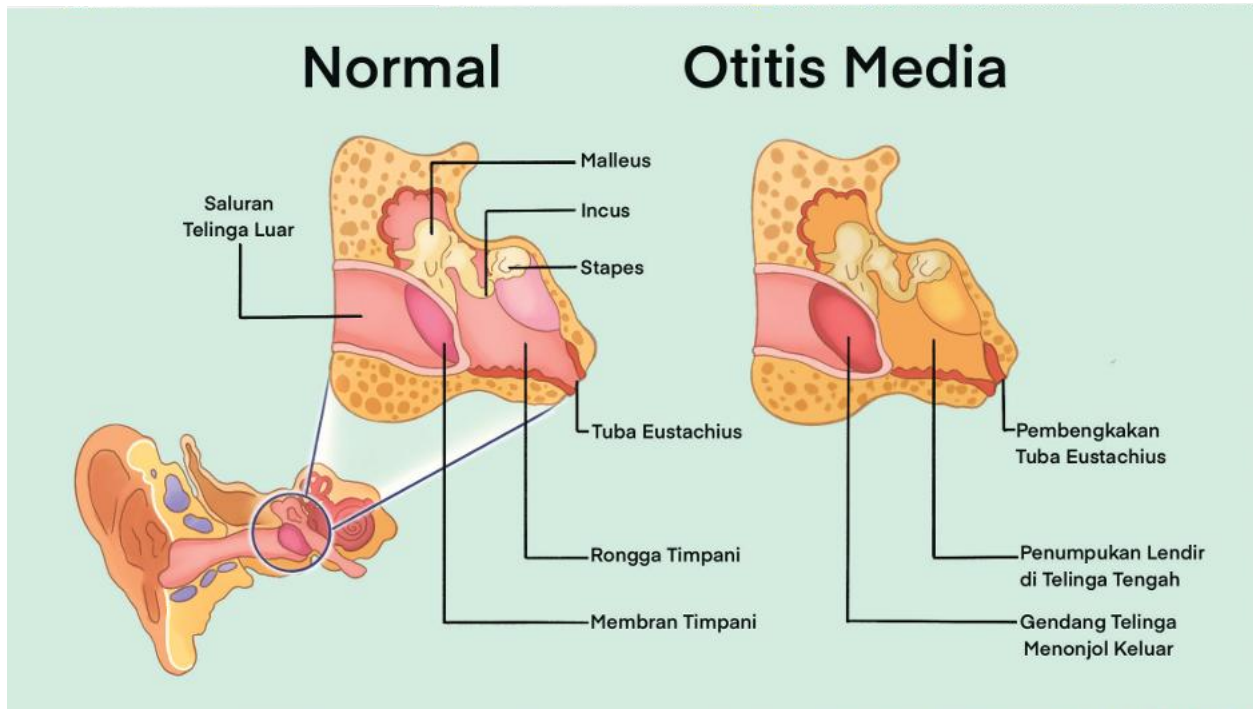


Suplemen

Pernahkah kamu mengalami mata merah, karena terlalu lama menatap layar ponsel atau laptop? Menurut Kemenkes (2023), ada tip penting untuk menjaga kesehatan mata, terlebih bagi kamu yang sering mengerjakan tugas menggunakan ponsel dan laptop. Kunjungi tautan https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/LKCXII_8 atau pindai kode QR di samping agar kamu memiliki wawasan yang baik mengenai kesehatan mata!



3. Infeksi Telinga Tengah (Otitis Media)



Gambar 1.24 Kondisi Telinga Normal dan Telinga dengan Otitis Media



Ayo Pahami

Aktivitas 1.49 Gangguan Infeksi pada Telinga

Apa yang ada di pikiranmu, jika infeksi terjadi pada telinga? Carilah informasi mengenai infeksi telinga, kemudian pahami dengan baik informasi tersebut. Kemukakan pendapatmu mengenai tindakan yang harus dilakukan untuk menjaga kesehatan telinga di rumah.

Infeksi pada telinga tengah disebut juga otitis media. Kasus ini sering terjadi pada anak-anak. Simak konsep di bawah ini, agar kamu lebih memahaminya dengan baik!

a. Pengertian

Otitis media merupakan infeksi atau peradangan pada telinga tengah yang disebabkan oleh infeksi virus atau bakteri (Trismartani, et al. 2023).



b. Faktor Risiko

Menurut Zega, C. B (2023), faktor risiko terjadinya otitis media adalah sebagai berikut.

- 1) Usia bayi, balita, dan anak-anak memiliki risiko otitis media lebih tinggi karena sistem imunitas yang masih dalam perkembangan serta adenoid pada anak sering terinfeksi sehingga menyebar ke telinga tengah.
- 2) Menderita ISPA
- 3) Lingkungan: air yang terkontaminasi, kebersihan lingkungan yang buruk, dan kepadatan penduduk yang tinggi.
- 4) Menderita malnutrisi, infeksi HIV, tuberkulosis, dan malaria.
- 5) Paparan asap rokok

c. Manifestasi Klinis

- 1) Otalgia (nyeri telinga yang mengakibatkan mengganggu tidur dan aktivitas sehari-hari).
- 2) Membran timpani menonjol atau menggembung.
- 3) Eritema (kemerahan) pada membran timpani.
- 4) Penurunan pendengaran.
- 5) Keluar cairan dari telinga dan telinga terasa penuh.
- 6) Demam

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji adanya keluaran cairan dari telinga, jika ada keluaran kaji warna, jumlah dan bau dari cairan tersebut. Kaji fungsi pendengaran dan aktivitas yang menimbulkan risiko.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah otoskopi, tes pendengaran yang terdiri dari tes bisik, tes garpu tala, tes rinne, tes weber, dan tes audiometri.

- 2) Diagnosis Keperawatan

Nyeri akut, hipertermia dan defisit pengetahuan.

- 3) Intervensi Keperawatan

Manajemen nyeri, manajemen hipertermia, dan pemberian edukasi kesehatan.



4) Implementasi Keperawatan

Memberikan teknik relaksasi, seperti terapi bermain atau distraksi pada anak, dan relaksasi napas dalam pada usia dewasa. Kolaborasi memberikan obat yang telah diresepkan dokter. Melakukan kompres hangat, menganjurkan untuk memperbanyak minum dan meningkatkan nutrisi. Memberikan edukasi tanda-tanda terjadi infeksi seperti peningkatan suhu, nyeri dan keluar cairan abnormal. Mengajarkan langkah-langkah mencuci tangan, serta menjaga kebersihan lingkungan sekitar.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Nilai respons klien saat diberikan dan setelah tindakan. Catat hasilnya ke dalam dokumentasi keperawatan.

Di beberapa kalangan masyarakat masih banyak yang belum mengetahui kejadian otitis media. Kamu dapat berlatih mengedukasi mereka dengan melakukan aktivitas di bawah ini.



Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 1.50

Edukasi Kesehatan Otitis Media

An. J usia 4 tahun dibawa ke puskesmas oleh ibunya. Kamu bertugas untuk melakukan anamnesa. Sang ibu mengatakan An. J mengalami demam, rewel, dan sering menarik-narik telinga kanan. An. J baru saja sembuh dari flu dan batuk satu pekan yang lalu. Saat dilakukan inspeksi pada telinga, tampak telinga kanan berwarna merah dan mengeluarkan cairan. Setelah diperiksa dokter, An. J mengalami otitis media. Kamu ditugaskan untuk memberikan edukasi kesehatan kepada Ibu An. J.

1. Bentuklah 3 kelompok diskusi.
2. Setiap kelompok membuat media edukasi dengan salah satu tema berikut.
 - a. Perbedaan gejala otitis media akut dan otitis media kronik.
 - b. Pencegahan otitis media.
 - c. Tip membersihkan telinga anak dengan aman.
3. Lakukan *roleplay* edukasi kesehatan kepada Ibu An. J sesuai skenario yang ada pada kasus.
4. Minta kelompok lain untuk menilai performa kalian.



Pada pembelajaran ini, kalian akan mendapatkan macam-macam penyakit kejiwaan yang banyak terjadi di sekitar kita. Simak dengan saksama!

1. Skizofrenia



Ayo Amati!

Aktivitas 1.51

Gangguan Skizofernia di Sekitar Kita!

Apa yang ada di pikiranmu ketika melihat orang dengan gangguan jiwa? Amati manifestasi klinis yang terlihat pada orang dengan gangguan jiwa! Apa yang dapat kamu lakukan untuk menangani orang gangguan jiwa di lingkungan sekitar?

Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa psikotik, simak materi pembelajaran berikut agar kamu memahami skizofrenia dengan lebih baik lagi.

a. Pengertian

Menurut Durand dan David (2013), skizofrenia merupakan istilah gangguan kejiwaan psikotik yang terdiri atas dua kata, yakni *skhizein* (*split*/pecah) dan *phrenia* (*mind*/pikiran). Skizofrenia terjadi karena ketidakserasian antara perilaku, kognitif, dan afeksi yang berasal dari aktivasi neurotransmitter dopamin di otak berlebihan atau sensitivitas yang abnormal terhadap dopamin.

b. Faktor Risiko

Menurut Muthmainnah dan Amris (2024), faktor risiko terjadinya skizofrenia adalah sebagai berikut.

- 1) Faktor genetik: kembar monozigot
- 2) Faktor kehamilan: riwayat bayi dengan kelahiran prematur, bayi dengan berat badan lahir rendah, riwayat cedera perinatal, dan riwayat keterlambatan perkembangan.
- 3) Faktor infeksi: Epilepsi lobus temporal, infeksi mikroba (toksoplasmosis dan penyakit genitourinaria) selama kehamilan, dan paparan virus HSV.
- 4) Faktor lingkungan: riwayat intimidasi atau penganiayaan fisik pada masa kanak-kanak, dan konsumsi obat-obatan terlarang.



- 5) Abnormalitas neurologi: peningkatan ukuran ventrikel dan berkurangnya substansia grisea di otak yang menyebabkan ketidakseimbangan neurotransmitter dopamin atau sensitivitas otak menurun terhadap dopamin.



Gambar 1.25 Kondisi Klien Skizofrenia

c. Manifestasi Klinis

- 1) Delusi atau waham yaitu keyakinan yang kuat namun tidak berdasarkan fakta dan kenyataan
- 2) Halusinasi yaitu gangguan persepsi pancaindra yang menyebabkan seseorang melihat, merasakan, atau mendengar sesuatu yang sebenarnya tidak ada.
- 3) Pembicaraan disorganisasi, yaitu sulit mengorganisasikan pikiran dan bahasa, sehingga sulit dipahami lawan bicara.
- 4) Timbulnya masalah-masalah perilaku seperti perilaku kekerasan atau isolasi sosial.
- 5) Avolisi yaitu ketidakmampuan mempertahankan kegiatan atau aktivitas.
- 6) Alogia yaitu ketiadaan pembicaraan.
- 7) Anhedonia yaitu kehilangan minat terhadap semua hal yang sebelumnya dianggap menarik.
- 8) Menghilangnya afek (ketiadaan emosi) dan penarikan diri.

Seorang perawat jiwa perlu melakukan pengkajian dari konsep diri dan status mental klien jika terdapat kasus skizofrenia. Simak proses keperawatannya di bawah ini!



d. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji faktor predisposisi (faktor pendukung) dan faktor presipitasi (faktor pencetus), sebelum klien mengalami perubahan perilaku atau sebelum (alasan) dibawa ke rumah sakit. Saat melakukan pengkajian, kita perlu data dari keluarga karena umumnya klien dengan gangguan kejiwaan akan sulit diajak berbicara, mengurung diri, kontak mata kurang atau menundukan kepala, suara pelan atau tinggi (marah-marah) serta wajah tampak gelisah. Kaji pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, konsep diri, dan status mental klien.

2) Diagnosis Keperawatan

Waham, halusinasi, isolasi sosial, dan gangguan konsep diri (harga diri rendah).

3) Intervensi Keperawatan

- a) Halusinasi: identifikasi halusinasi (jenis, isi, waktu, frekuensi, pencetus, dan respons ketika halusinasi), kontrol halusinasi dengan cara menghardik, patuh minum obat secara teratur, biasakan bercakap-cakap dengan orang lain, menyusun jadwal aktivitas bersama klien, masukan jadwal yang sudah diajarkan ke dalam jadwal harian, dan melakukan terapi aktivitas kelompok.
- b) Waham: bina hubungan saling percaya, bantu orientasi realita, diskusikan kebutuhan yang belum terpenuhi, bantu memenuhi kebutuhan, masukkan aktivitas yang sudah diajarkan ke dalam jadwal harian, hindari perdebatan tentang sesuatu yang baru, nyatakan keraguan sesuai fakta, dan hindari gagasan yang memperkuat waham.
- c) Isolasi sosial: bina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab isolasi sosial, diskusikan keuntungan dan kerugian ketika berinteraksi dengan orang lain, dan latih berkenalan
- d) Gangguan konsep diri (harga diri rendah): bina hubungan saling percaya, identifikasi kemampuan positif yang dimiliki, bantu untuk menilai kemampuan yang dapat dilakukan, bantu memilih kemampuan yang akan dilatih, melatih klien sesuai dengan kemampuan yang dipilih, dan beri pujian.

4) Implementasi Keperawatan

a) Halusinasi:

- Membantu klien mengontrol halusinasi dengan menutup telinga sambil menghardik, “Saya tidak mendengarmu” atau “Itu tidak nyata dan tidak ada”.



- Mengajarkan klien untuk bercakap-cakap dengan perawat atau orang lain jika halusinasi muncul.
- Memberi obat sesuai jadwal kepada klien, dan mengajarkan klien minum obat yang benar.
- Menyusun aktivitas terjadwal bersama klien, dan memfasilitasi klien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok.

b) Waham:

- Memperkenalkan diri kepada klien, menanyakan nama panggilan yang disukai klien, dan membina hubungan saling percaya.
- Membicarakan konteks realita, contoh “Ibu, sekarang Ibu berada di rumah sakit. Tadi saya dengar Ibu adalah direktur. Saya mengerti saat ini Ibu seorang direktur, namun saya masih sulit untuk mempercayainya, karena sekarang di sini hanya ada dokter dan perawat”. Lalu lanjutkan dengan orientasi identitas, waktu dan tempat seperti, “Ibu ingat tidak nama Ibu siapa?” atau “Ibu masih ingat siapa saya dan siapa mereka?”.
- Mengidentifikasi kebutuhan dasar dan hobi, sebagai contoh awali dengan memberi pujian “Ibu bajunya cantik dan bersih setelah mandi, apakah Ibu merasa segar?” Lalu tanyakan hobi yang disukai oleh klien, dan dengarkan apa yang dikatakan klien.
- Memasukan aktivitas yang sudah diajarkan ke dalam jadwal harian, dan memberikan pujian pada jawaban klien.

c) Isolasi sosial:

- Memperkenalkan diri kepada klien, menanyakan identitas klien, dan membina hubungan saling percaya.
- Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, mendiskusikan keuntungan dan kerugian ketika berinteraksi dengan orang lain.
- Mengajak klien untuk berinteraksi dengan perawat, melatih klien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap dengan 1 orang, lalu 2 orang, dan memberi pujian pada kemajuan perilaku klien.

d) Gangguan konsep diri (harga diri rendah):

- Memperkenalkan diri kepada klien, menanyakan identitas klien, dan membina hubungan saling percaya.
- Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki, membantu untuk menilai kemampuan yang dapat dilakukan, dan membantu memilih kemampuan yang akan dilatih.



- Menanyakan kemampuan atau hobi yang disukai klien, menawarkan untuk latihan kemampuan yang mau dilakukan, serta menjadwalkan aktivitas kelompok yang disukai klien seperti memasak, menyanyi, menjahit dan lain sebagainya.
- Memberi pujian atas peningkatan keberanian klien.

5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan dan catat hasilnya pada catatan dokumentasi keperawatan.

Dalam proses pemenuhan proses keperawatan jiwa, tentunya perlu *soft skills* komunikasi terapeutik dalam berinteraksi dengan klien. Saatnya kamu mengaplikasikan komunikasi tersebut, lakukan aktivitas di bawah ini!



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.52

Komunikasi dengan Klien Skizofrenia

Susi adalah murid praktik keperawatan di sebuah rumah sakit jiwa. Susi ditugaskan mendampingi Tn. R usia 30 tahun dengan diagnosis skizofrenia. Tn. R sering berbicara sendiri, curiga kepada orang sekitar, dan menolak berinteraksi dengan perawat. Tn. R mengatakan bahwa perawat ingin meracuninya melalui makanan dan obat. Ketika Susi mengajak Tn. R berbicara, ia mengatakan “kalian semua mau mencelakai saya, obat itu pasti racun”, lalu Susi menjawab dengan panik, “Tidak kok, Bapak salah. Kami hanya ingin membantu”. Setelah kejadian itu, Tn. R menutup diri dan tidak mau bicara, Susi pun bingung dan takut melakukan pendekatan kepada Tn. R.

1. Menurut pendapatmu, apa kesalahan komunikasi yang dilakukan Susi?
2. Bagaimana seharusnya Susi merespons waham Tn. R tanpa membenarkan atau menyalahkan?
3. Carilah jawaban dari sumber-sumber yang kredibel.
4. Lakukan praktik komunikasi yang tepat dengan teman sebangkumu secara bergantian! Minta pendidik pengampu untuk mendampingi.



2. Digital Addiction



Ayo Pahami!

Aktivitas 1.53

Dampak Penggunaan Gawai Berlebihan!

Jelaskan pendapatmu, dampak apa yang timbul ketika kamu menggunakan gawai terlalu lama? Bagaimana seharusnya menggunakan gawai secara sehat?

Digital Addiction merupakan sebuah kondisi yang sekarang banyak terjadi di lingkungan sekitar. Pelajari materi berikut agar kamu memahami kondisi kasus di atas.

a. Pengertian

Menurut Aulia et al. (2024), *digital addiction* atau adiksi (kecanduan) digital merupakan ketidakmampuan seseorang dalam mengontrol penggunaan internet untuk tetap *online*. Ketidakmampuan ini akhirnya menyebabkan terjadinya masalah fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi. Kecanduan digital terdiri atas kecanduan gim, media sosial, konten pornografi, dan judi *online*.

b. Faktor Risiko

Kecanduan digital dapat terjadi karena beberapa faktor berikut.

- 1) Faktor internal
 - Tipe kepribadian
 - Merasa kesepian.
 - Tidak memiliki kemampuan mengontrol diri.
- 2) Faktor eksternal
 - Penawaran berbagai fitur menarik dari internet yang menimbulkan rasa penasaran.
 - Masalah di keluarga atau di lingkungan terdekat.
 - Stres akademik

c. Manifestasi Klinis

Menurut Young K.S (2004) seseorang yang terindikasi kecanduan digital memiliki gejala berikut.

- 1) Ada keinginan agar selalu *online*.
- 2) Menggunakan internet yang menimbulkan perasaan semakin lama semakin puas.
- 3) Tidak memiliki kemampuan mengendalikan penggunaan internet.
- 4) Merasa gelisah, tertekan, frustrasi, dan kesepian saat harus *offline* dari internet.
- 5) Menggunakan internet lebih dari tiga jam dan susah untuk dihentikan.



- 6) Kehilangan kebersamaan dengan orang-orang terdekat, peluang pendidikan, dan karier.
- 7) Berani berbohong demi aktivitas *online*.
- 8) Internet dijadikan hiburan saat banyak masalah.

d. Proses Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas klien dan keluarga. Kaji kesehatan lingkungan, ekonomi, riwayat penggunaan fasilitas kesehatan dan pelayanan sosial. Tanyakan keluhan utama efek dari kecanduan digital, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga dan pola asuh keluarga. Kaji pola tidur dan istirahat, individu dengan kecanduan digital umumnya memiliki gangguan pola tidur. Pada pemeriksaan fisik kaji ekspresi wajah (mengantuk, menguap, lelah, dan lesu), kaji area mata (kehitaman di area mata, konjungtiva merah, dan mata terasa perih), kaji jam tidur (tidur yang cukup maksimal 8 jam), dan kaji tanda-tanda vital (individu dengan gangguan pola tidur akan mengalami penurunan tekanan darah).

2) Diagnosis Keperawatan

Gangguan pola tidur dan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif.

3) Intervensi Keperawatan

Edukasi aktivitas dan istirahat, serta dukungan pengambilan keputusan keluarga.

4) Implementasi Keperawatan

Memberikan materi dan media terkait pengaturan dan aktivitas, menjelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara rutin minimal 30 menit per hari, menganjurkan mengikuti aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas positif lainnya. Menyusun jadwal aktivitas dan istirahat dengan keluarga. Memfasilitasi keluarga dalam mengambil keputusan. Hormati hak klien dan keluarga dalam menerima informasi.

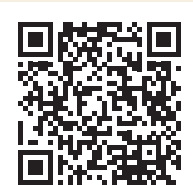
5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Lakukan penilaian hasil saat pemberian edukasi dan setelah edukasi. Catat seluruh respons klien dan keluarga ke dalam catatan keperawatan.



Suplemen

Tahukah kamu kecanduan bermain *game online* dapat berdampak buruk bagi kesehatan? Mau tahu bagaimana mencegah kecanduan *game online*? Kemendikdasmen (2024) menjelaskan dampak buruk kecanduan *game online* pada remaja, dan berbagi tips bagaimana cara mengatasi kecanduan *game online*. Kunjungi tautan https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/LKCXII_9 atau pindai kode QR di samping untuk menambah wawasanmu!





Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.54 Dampak Penggunaan Internet

Di era digital ini, mayoritas pengguna internet terbanyak berasal dari kalangan remaja dan dewasa muda terutama pelajar dan mahasiswa. Peningkatan akses internet disertai dengan kasus kecanduan internet terutama dalam penggunaan media sosial berlebihan, *game online*, dan konten pornografi.

1. Buatlah refleksi individu tentang penggunaan internet. Catat penggunaan internetmu selama dua hari.
 - Berapa jam kamu menggunakan internet dalam sehari semalam?
 - Aktivitas apa saja yang dilakukan?
 - Bagaimana perasaanmu setelah mengakses internet?
 - Jelaskan apakah kamu sudah menggunakan internet secara sehat?
2. Catat hasilnya dan presentasikan di depan kelas.

3. Depresi



Ayo amati

Aktivitas 1.55 Penyebab Depresi

Jelaskan apa yang ada dipikiran kalian ketika mendengar kata depresi? Ayo amati, apa saja yang dapat menyebabkan seseorang depresi?

Sering kali kita mendengar kata depresi atau menggunakan kata depresi karena memikirkan banyak kerjaan atau hal yang membuat stres. Sebetulnya apa depresi itu? simak materi di bawah ini!

a. Pengertian

Menurut Kemenkes (2025), depresi merupakan gangguan mental yang menimbulkan seseorang merasa sedih yang berkepanjangan, serta kehilangan minat terhadap aktivitas sehari-hari.

b. Faktor Risiko

- 1) Faktor biologis: ketidakseimbangan zat kimia neurotransmitter seperti serotonin, noradrenalin, dan dopamin di otak.



- 2) Faktor genetik: seseorang memiliki risiko depresi jika ada riwayat keluarga yang mengalami depresi.
- 3) Faktor lingkungan: kehilangan orang terdekat, riwayat traumatis, memiliki masalah keuangan, dan memiliki konflik dalam hubungan.
- 4) Faktor psikologis: gangguan kecemasan, gangguan tidur, riwayat penyakit seperti penyakit tiroid, dan penyakit kronis lainnya.



Gambar 1.26 Penderita depresi selalu merasa bersalah dan tidak berharga.

c. Manifestasi Klinis

- 1) Timbul perasaan sedih sepanjang hari.
- 2) Hilangnya minat dan kesenangan pada aktivitas yang biasa dilakukan.
- 3) Kelelahan dan penurunan energi terus-menerus.
- 4) Merasa bersalah dan tidak berharga.
- 5) Sulit tidur atau tidur yang berlebihan.
- 6) Penurunan nafsu makan dan perubahan berat badan yang signifikan.
- 7) Sulit mengingat, berkonsentrasi, dan membuat keputusan.
- 8) Memiliki pikiran ingin mengakhiri hidup.

Apa yang harus dilakukan perawat jiwa jika menemukan kasus depresi? simak proses keperawatan di bawah ini!

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan

Kaji identitas klien, alasan masuk rumah sakit atau alasan pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan, kaji riwayat kesehatan sekarang dan riwayat kesehatan dahulu. Kaji faktor



presipitasi dan predisposisi. Kaji TTV, berat badan dan tinggi badan, lanjutkan pemeriksaan fisik jika ada keluhan fisik. Kaji psikososial yang terdiri dari genogram, konsep diri, hubungan sosial, spiritual, dan status mental.

2) **Diagnosis Keperawatan**

Gangguan konsep diri: harga diri rendah, isolasi sosial, dan risiko bunuh diri.

3) **Intervensi Keperawatan**

Promosi harga diri, terapi aktivitas, dan pencegahan bunuh diri.

4) **Implementasi Keperawatan**

Tindakan yang diberikan sesuai dengan diagnosis yang muncul, meliputi mengidentifikasi kemampuan atau aktivitas kesukaan yang dapat dikerjakan klien, membuat jadwal harian, melakukan kegiatan yang telah dijadwalkan, serta memberikan pujian terhadap tindakan yang telah dilakukan. Melatih klien melakukan afirmasi positif, dengan mengucapkan kata positif di dalam hati, memasukan klien ke dalam aktivitas kelompok, dan menjauhkan klien dari barang-barang yang memunculkan pikiran untuk bunuh diri.

5) **Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan**

Catat seluruh respons dan kemajuan aktivitas klien, ke dalam catatan dokumentasi keperawatan.

Saatnya kamu merefleksi kejadian yang pernah kamu alami, apakah ada hubungannya dengan konsep materi? Lakukan aktivitas di bawah ini!



Ayo Lakukan!

Aktivitas 1.56 Diskusi Diagnosis

Apakah boleh mendiagnosis gangguan depresi pada diri sendiri? Tonton video pada tautan https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/LKCXII_10 atau pindai QR Code berikut. Mintalah guru pengampu untuk mendampingi.



Setelah menonton, jawablah pertanyaan di bawah ini!

1. Apakah kamu pernah merasa sangat sedih? Apa yang kamu lakukan saat sedang merasa sedih?
2. Dari video yang kamu tonton, apakah kita boleh mendiagnosis diri sendiri mengalami depresi?
3. Dari video yang kamu tonton, bagaimana mencegah depresi?
4. Lakukan diskusi di forum diskusi kelas.

Sumber video: (Cipto Mangunkusumo Hospital, 2023)



ASESMEN SUMATIF 1

A. Berikan tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang benar!

1. Ny. L usia 25 tahun datang ke klinik untuk melakukan pemeriksaan. Ia mengeluh sering buang air kecil, nyeri saat buang air kecil, dan urine berbau menyengat. Saat pengkajian tanda-tanda vital, tidak ada demam tetapi hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukosit tinggi. Diagnosis penyakit yang paling mungkin terjadi pada kasus Ny. L adalah
 - a. gagal ginjal kronis
 - b. pielonefritis
 - c. infeksi saluran kemih (isk)
 - d. gagal ginjal akut
 - e. glomerulonefritis
2. Ny. K usia 28 tahun sedang hamil 24 pekan. Ia memeriksakan diri ke poli kandungan rumah sakit. Ny. K mengalami sakit kepala hebat, penglihatan kabur, dan kaki bengkak. Saat perawat melakukan pemeriksaan tekanan darah, hasilnya menunjukkan 170/110 mmHg. Hasil laboratorium menunjukkan proteinuria positif. Ny. K menunjukkan gejala pada kasus penyakit
 - a. eklampsia
 - b. hipertensi pada lansia
 - c. preeklampsia
 - d. anemia kehamilan
 - e. kehamilan ektopik
3. Rencana tindakan keperawatan (intervensi) yang dapat dilakukan kepada lansia dengan kasus inkontinensia urine adalah
 - a. membatasi asupan cairan
 - b. memasang kateter jangka panjang
 - c. menyarankan tirah baring total
 - d. melatih latihan dasar panggul (*kegel exercise*)
 - e. memberi obat pelancar urine
4. Tn. L usia 35 tahun, menderita HIV/AIDS. Ia mengalami penurunan berat badan dan diare kronis. Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat adalah
 - a. membantu dalam aktivitas sehari-hari
 - b. membatasi asupan cairan oral
 - c. memantau asupan nutrisi dan cairan
 - d. menunda terapi obat
 - e. menurunkan suhu ruangan



5. Ny. K usia 35 tahun, memiliki berat badan obesitas. Satu pekan terakhir, ia mengeluh sering merasa haus, sering merasa lapar, dan mudah mengantuk.

Dari gejala yang dialami Ny. K, pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan adalah

- a. pemeriksaan suhu
- b. pemeriksaan gula darah
- c. pemeriksaan USG
- d. pemeriksaan alergi
- e. pemeriksaan nadi

B. Berikan tanda silang (X) pada jawaban yang benar. Kamu dapat memilih lebih dari satu jawaban!

1. Faktor risiko yang meningkatkan kejadian kanker serviks adalah
 - a. infeksi HPV
 - b. menikah usia dini
 - c. tidak menjaga kebersihan alat genitalia
 - d. menggunakan alat kontrasepsi IUD
 - e. melakukan hubungan intim dengan berganti-ganti pasangan
2. Gejala umum kanker paru-paru, meliputi
 - a. batuk kronis
 - b. hemoptisis (batuk darah)
 - c. dispnea
 - d. edema perifer
 - e. penurunan berat badan
3. Gejala otitis media pada anak, terdiri atas
 - a. demam
 - b. rewel atau menangis terus menerus pada anak
 - c. respon menarik-narik telinga
 - d. cairan keluar dari telinga
 - e. penurunan tekanan darah
4. Jika terjadi luka bakar, penatalaksanaan awal yang tepat terdiri atas
 - a. pendinginan luka pada air mengalir
 - b. gunakan salep lidah buaya atau salep luka bakar
 - c. tutup dengan perban atau kasa steril
 - d. konsumsi obat yang diresepkan dokter
 - e. oleskan odol, minyak goreng, mentega, dan kecap



5. Penderita skizofrenia menunjukkan gejala
- halusinasi
 - delusi
 - menarik diri
 - menunjukkan bahagia dan hiperaktif
 - gangguan proses berpikir

C. Kerjakan soal di bawah ini dengan jawaban yang benar!

- Tn. P usia 38 tahun datang ke klinik. Ia mengeluh nyeri saat berkemih dan keluar nanah dari alat kelaminnya. Dokter mengatakan Tn. P harus melakukan pemeriksaan lanjutan untuk memastikan diagnosis gonore.
Jelaskan pengkajian keperawatan yang harus dilengkapi pada kasus tersebut!
- Tn. K usia 56 tahun didiagnosis *stroke* iskemik. Ia berbicara pelo dan tidak jelas, mengalami kelemahan pada tubuh sisi kanan, dan sulit menelan.
Jelaskan pendapatmu mengenai masalah keperawatan yang umumnya muncul dan intervensi yang harus dilakukan pada kasus *stroke* iskemik!
- Ny. D usia 50 tahun memiliki penyakit *rheumatoid arthritis*. Ia mengatakan sering nyeri sendi disertai kaku pada tangan di pagi hari selama lebih dari 1 jam.
Jelaskan tindakan keperawatan yang dapat kamu lakukan untuk mengurangi nyeri pada Ny. D!
- Saat kamu pulang sekolah, kamu melihat seorang remaja usia 17 tahun mengalami kejang. Menurut temannya, ia memiliki penyakit epilepsi.
Jelaskan tindakan yang harus kamu lakukan saat klien kejang dan setelah kejang berakhir?
- Di sebuah desa, angka kasus diabetes melitus pada usia dewasa meningkat. Kamu akan menjadi relawan untuk mempromosikan manajemen diabetes melitus bersama tim kader lainnya. Sebelum pelaksanaan kegiatan tersebut, kamu harus menyiapkan materi promosi mengenai diabetes melitus tipe 1 dan 2 terlebih dahulu.
Jelaskan perbedaan diabetes melitus tipe 1 dan diabetes melitus tipe 2? Bagaimana manajemen tindakan keperawatan pada penyakit diabetes melitus?
- Ny. A usia 45 tahun datang ke klinik. Ia mengeluh ada benjolan keras di payudara kiri, namun tidak terasa nyeri.
Identifikasi pemeriksaan fisik dan penunjang yang harus dilakukan Ny. A!



7. An. R usia 7 tahun, datang ke puskesmas bersama ibunya. Pada tubuhnya terdapat bintik-bintik berair menyebar di seluruh badan. Saat pemeriksaan, terdapat peningkatan suhu pada anak (demam). Dokter mendiagnosis An. R terkena cacar air.

Edukasi kesehatan apa yang perlu diberikan kepada ibu An. R?

8. Seorang remaja An. L usia 16 tahun menunjukkan gejala kecanduan penggunaan internet yang mengganggu aktivitas sehari-hari dan interaksi sosialnya.

Jelaskan dampak negatif dari *digital addiction* dan intervensi yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan berdasarkan kasus tersebut!

9. Tn. F usia 45 tahun mengalami luka bakar akibat kebakaran di rumahnya. Luka bakar terdapat pada:

- lengan kanan bagian depan dan belakang,
- dada bagian depan, dan
- kaki kiri bagian depan.

Hitunglah luas luka bakar yang dialami Tn. F menggunakan rumus *rule of nines*!

10. Seorang remaja usia 19 tahun datang dengan keluhan mengalami sedih berkepanjangan, kehilangan minat untuk beraktivitas, dan menarik diri dari lingkungan sejak mengalami konflik interpersonal dengan sahabat dekatnya.

Jelaskan pengkajian keperawatan yang harus dilakukan, pada remaja tersebut!





Pengayaan

Apakah kamu ingin mengetahui lebih banyak tentang penyakit umum dan gangguan kejiwaan lainnya? Bacalah materi yang lebih mendetail pada lampiran buku ini untuk menambah wawasanmu!

Refleksi bab 1

Setelah mempelajari berbagai macam kasus penyakit umum dan kejiwaan, jawablah pertanyaan singkat di bawah ini.

1. Apa kesulitan yang kamu ditemukan setelah mempelajari materi bab 1?
2. Apa hal baru yang kamu dapatkan dari pembelajaran ini?
3. Apa yang kamu rasakan setelah menuntaskan pembelajaran?
4. Apa yang akan kamu lakukan ke depannya setelah memahami semua pembelajaran?

Buatlah video reel dari jawaban-jawaban refleksi pembelajaran pada bab ini. Video dapat dilengkapi dengan dokumentasi selama pembelajaran bab 1. Unggah video di media sosial kelas dan kirimkan tautannya kepada pendidik pengampu.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DASAR DAN MENENGAH
REPUBLIK INDONESIA, 2025

Layanan Penunjang Keperawatan dan *Caregiving* untuk SMK/MAK Kelas XII

Penulis : Nurelah dan Ismailah Alam
ISBN : 978-634-00-3333-5 (jil-2 PDF)

**Bab
2**

Kebutuhan Dasar Manusia



“Kebutuhan dasar apa yang dibutuhkan klien dengan berbagai kasus pada gambar?”



Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini secara kritis, kamu diharapkan mampu:

- menganalisis dan memfasilitasi kebutuhan psikologis, sosial, dan kebutuhan spiritual.
- menganalisis dan menerapkan perawatan luka, perawatan lansia, dan aktivitas lansia,
- menerapkan pemeriksaan tingkat kesadaran, proses berduka dan kehilangan, serta
- perawatan menjelang ajal dan meninggal dunia.



Kata Kunci

- Kebutuhan Dasar Manusia
- Perawatan Luka dan Perawatan Lansia
- Perawatan Menjelang Ajal



Peta Materi/Peta Konsep





Kebutuhan apa yang harus dipenuhi pada lansia yang sedang sakit? Apakah kamu tahu bagaimana peran perawat dalam memenuhi kebutuhan tersebut?



Gambar 2.1 Kebutuhan Klien Lansia

Benar sekali, perawat memiliki peran dalam perawatan khusus untuk seseorang yang menderita penyakit kronis. Perawat harus dapat membantu klien menghindari stres akibat penyakit dengan memberikan dukungan emosional, sosial, dan spiritual. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup klien.

Sebagai calon tenaga layanan penunjang dan *caregiving*, kamu dapat mempelajari bab ini agar mampu memberikan perawatan yang menenangkan, penuh empati, dan peka kepada klien dan keluarganya selama masa perawatan penyakit kronis.



Setelah kamu mempelajari materi jenis kebutuhan dasar manusia tentang kebutuhan fisik di kelas XI, pada materi berikutnya kamu akan mempelajari kebutuhan psikologis dan sosial. Kebutuhan psikologis dan sosial berhubungan dengan aspek emosional manusia. Dalam teori Maslow, kebutuhan rasa aman, kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang, kebutuhan harga diri, serta kebutuhan aktualisasi diri termasuk ke dalam kebutuhan psikologis dan sosial.

Benarkah kebutuhan psikologis dan sosial dapat membantu kesembuhan klien? Ayo kerjakan aktivitas awal berikut agar kamu lebih mudah memahami materi yang akan dipelajari.

Ayo Amati!

Aktivitas 2.1

Kebutuhan Psikologis dan Sosial

Perhatikan gambar di samping!

Bagaimana perasaanmu saat melihat suasana pada gambar tersebut? Amati, apakah kebutuhan psikologis dan sosial berpengaruh dalam proses penyembuhan?



Kebutuhan psikologis dan sosial bukan hanya emosi, tetapi termasuk bagian penting dalam pemulihan klien. Pemenuhan kebutuhan psikologis dan sosial dapat mempercepat proses penyembuhan, simak materi di bawah ini agar kamu memahami alasannya!

1. Pengertian Kebutuhan Psikologis dan Sosial

Kebutuhan psikologis dan sosial adalah kebutuhan yang berhubungan dengan aspek mental dan emosional. Menurut teori kebutuhan Maslow, kebutuhan psikologis dan sosial mencakup beberapa hal berikut.

- a. Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan (*Self Security Needs*): Kebutuhan keselamatan dan keamanan berhubungan dengan yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya, seperti penyakit, nyeri, serta kecemasan. Menurut hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow, setelah seseorang terpenuhi kebutuhan rasa amannya, maka muncul kebutuhan ketiga, yaitu kebutuhan psikologis dan sosial akan cinta dan kasih sayang, berlanjut dengan rasa ingin memiliki dan dimiliki.



- b. **Kebutuhan Mencintai dan Dicintai (*Love and Belonging Needs*):** Cinta adalah suatu perasaan yang hadir di dalam diri seseorang. Semua manusia memiliki rasa cinta. Rasa cinta merupakan sebuah emosi dari kasih sayang (Purnamasari & Rahmawati, 2023). Pada teori kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow (1950), cinta merupakan hubungan sehat dan penuh kasih sayang yang dilengkapi dengan sikap saling percaya serta kegiatan memberi dan menerima. Kebutuhan rasa cinta, memiliki, dan dimiliki terdiri atas berikut.
- 1) Memberi dan menerima kasih sayang.
 - 2) Perasaan dimiliki dan memiliki hubungan yang berarti dengan orang lain.
 - 3) Hubungan kehangatan persahabatan.
 - 4) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga.
- c. **Kebutuhan Harga Diri (*Self Esteem Needs*):** Harga diri merujuk pada penghormatan diri dan pengakuan diri. Kebutuhan harga diri seseorang akan tercapai optimal, apabila kebutuhan keamanan dan rasa cinta terpenuhi secara optimal. Kebutuhan harga diri dipengaruhi oleh perasaan ketergantungan dan kemandirian. Pada orang sakit, harga diri dapat menurun karena rasa ketergantungan pada orang lain. Sebaliknya, harga diri seseorang meningkat, apabila tingkat kemandiriannya besar (Asmadi, 2008).
- d. **Kebutuhan Aktualisasi Diri (*Self Actualization Needs*):** Aktualisasi diri merupakan kemampuan individu dalam mengatur diri sendiri, agar terhindar dari tekanan dalam diri maupun luar diri. Pada hakikatnya, aktualisasi diri merupakan hasil dari kematangan diri. Menurut teori Maslow, terdapat asumsi bahwa manusia hakikatnya memiliki nilai intrinsik berupa kebaikan. Kebaikan tersebut memiliki peluang untuk mengembangkan dirinya. Selain itu, pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri didasarkan pada *growth motivation*.

2. Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Psikologis dan Sosial

Menurut teori Maslow, pertumbuhan dan perkembangan seseorang akan terhambat apabila kebutuhan psikologis dan sosialnya tidak terpenuhi. Pertumbuhan dan perkembangan yang terhambat akan menyebabkan ketidakmampuan individu dalam beradaptasi dan memenuhi tuntutan-tuntutan yang ada di lingkungannya. Ketika individu menerima pemenuhan kebutuhan psikologis dan sosial sejak kecil, maka ia tidak akan mengalami gangguan perasaan dan kejiwaan jika mengalami sedikit penolakan dari pihak luar. Maka, kebutuhan psikologis dan sosial sangat diperlukan pada setiap tahapan usia atau sejak usia bayi sampai lansia.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (2016), berikut masalah keperawatan yang berasal dari gangguan pemenuhan kebutuhan psikologis dan sosial.

- a. **Ansietas:** kondisi emosi yang tidak jelas, disebabkan oleh respon bahaya atau ancaman.
- b. **Harga diri rendah:** perasaan negatif terhadap diri sendiri.
- c. **Isolasi sosial:** menghindari dari interaksi sosial, ketidakmampuan untuk membina hubungan terbuka, hangat, dan interdependen dengan orang lain.



- d. Risiko perilaku kekerasan: adanya tindakan berisiko membahayakan fisik dan emosi pada diri sendiri atau orang lain.
- e. Risiko bunuh diri: adanya upaya menyakiti diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan.

3. Tindakan Pemenuhan Kebutuhan Psikologis dan Sosial

Sebagai calon tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving*, kamu memiliki peran dalam memberikan dukungan, perhatian, dan kasih sayang yang tulus pada klien yang mengalami kesulitan dalam pemenuhan kebutuhan psikologis dan sosial. Berikut tindakan pemenuhan yang dapat diberikan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (2018).

a. Ansietas

- 1) Reduksi ansietas: tindakan yang dilakukan untuk meminimalkan kondisi emosi klien. Berikut tindakan yang dapat kamu lakukan.
 - a) Monitor tanda-tanda ansietas dari verbal dan nonverbal.
 - b) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.
 - c) Temani klien untuk mengurangi kecemasan.
 - d) Pahami situasi dan dengarkan dengan penuh perhatian.
 - e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.
 - f) Anjurkan keluarga tetap bersama klien.
 - g) Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan dan persepsi.
- 2) Terapi relaksasi: tindakan yang diberikan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Kamu dapat memberikannya dengan cara berikut.
 - a) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang akan diberikan. Kamu dapat memilih teknik relaksasi yang sesuai dengan situasi dan preferensi klien, misalnya terapi musik, meditasi, relaksasi napas dalam, dan relaksasi otot progresif. Pada klien anak, terapi bermain dapat membantu masalah emosional ketika mengalami masalah fisik dan psikologis.
 - b) Posisikan klien nyaman mungkin dan anjurkan klien untuk rileks.
 - c) Demonstrasikan teknik relaksasi yang dipilih lalu anjurkan untuk sering mengulangi dan melatihnya.

b. Harga Diri Rendah

- 1) Manajemen perilaku: tindakan yang dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengelola perilaku negatif klien.
 - a) Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku.
 - b) Bicara dengan nada rendah dan tenang.



- 2) Promosi harga diri: tindakan untuk meningkatkan penilaian perasaan terhadap diri sendiri atau kemampuan diri.
 - a) Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki.
 - b) Latih klien menyatakan kemampuan positif dalam diri.
- 3) Promosi coping: tindakan untuk meningkatkan upaya perilaku klien dalam menilai stresor dan mampu menggunakan sumber-sumber yang ada.
 - a) Motivasi untuk mengikuti kegiatan sosial atau menggunakan dukungan fasilitas kesehatan, seperti menggunakan fasilitas pelayanan psikologi.
 - b) Melatih keterampilan sosial yang dibutuhkan klien, seperti berani berbicara dengan orang lain.

c. Isolasi Sosial

- 1) Promosi sosialisasi: tindakan untuk meningkatkan kemampuan berinteraksi dengan orang lain.
 - a) Identifikasi kemampuan dan hambatan dalam melakukan interaksi dengan orang lain.
 - b) Motivasi untuk berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok.
 - c) Motivasi berinteraksi di luar lingkungan, contohnya jalan-jalan atau pergi ke tempat rekreasi.
- 2) Terapi aktivitas: tindakan yang melibatkan aktivitas fisik, kognitif, sosial dan spiritual.
 - a) Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia, contohnya permainan sederhana pada usia anak atau remaja.
 - b) Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi, seperti mengikuti kelompok olahraga, kelompok seni, dan aktivitas permainan.

d. Risiko Perilaku Kekerasan

- 1) Pencegahan perilaku kekerasan: tindakan untuk mengidentifikasi dan menurunkan kemarahan yang tidak terkendali, sehingga mencegah mencederai atau merusak lingkungan.
 - a) Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan di sekitar klien, seperti benda tajam dan tali.
 - b) Monitor selama penggunaan benda tajam, seperti garpu atau pisau cukur.
 - c) Latih mengurangi kemarahan dengan teknik relaksasi dan bercerita.
- 2) Promosi coping: tindakan untuk meningkatkan upaya perilaku klien dalam menilai stresor dan mampu menggunakan sumber-sumber yang ada.
 - a) Gunakan pendekatan yang tenang.
 - b) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.



e. Risiko Bunuh Diri

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (2018), intervensi untuk diagnosis risiko bunuh diri adalah sebagai berikut.

- 1) Manajemen *mood*: intervensi untuk mengidentifikasi dan mengelola gangguan suasana hati.
 - a) Berikan kesempatan untuk menyampaikan perasaan.
 - b) Anjurkan untuk melakukan konsultasi dengan layanan psikolog.
- 2) Pencegahan bunuh diri: Berikut intervensi yang dilakukan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko klien dalam mengakhiri hidup.
 - a) Identifikasi pikiran atau rencana untuk bunuh diri (contoh: andai saja saya tidak ada di bumi ini, maka masalah akan selesai).
 - b) Anjurkan untuk konsultasi dengan psikolog.
 - c) Diskusi dengan berorientasi pada masa depan.
 - d) Latih pencegahan risiko bunuh diri, misalnya relaksasi dan latihan asertif.

4. Pengaruh Kebutuhan Psikologis dan Sosial Terhadap Kesehatan Fisik dan Mental

Kebutuhan psikologis dan sosial dalam diri manusia termasuk ke dalam kategori kebutuhan emosional. Pemenuhan kebutuhan akan dicintai dan dihargai sangat berarti dan berpengaruh dalam kesehatan mental, fisik, serta kestabilan emosi seseorang. Tanpa disadari, kebutuhan psikologis dan sosial yang terpenuhi berpengaruh dalam kelancaran aktivitas sehari-hari. Pemenuhan kebutuhan psikologis dan sosial juga memiliki pengaruh terhadap penurunan tingkat depresi pada lansia dan meningkatkan kesejahteraan psikologis pada lansia (Kahana, et al. 2021).

Kebutuhan psikologis dan sosial dalam hierarki kebutuhan Maslow berkaitan dengan kemampuan dalam bersimpati, peduli, dan membangun relasi dengan orang lain. Menurut Rahmi, et al. (2022) penguatan secara psikologis dan sosial yang diberikan keluarga kepada anak memiliki pengaruh terhadap fisik dan mental, serta akan melekat di dalam diri anak hingga dewasa. Anak yang cukup memperoleh rasa aman, kasih sayang, dan merasa dihargai di lingkungannya, akan memiliki kemampuan untuk dapat mencintai dan menyayangi sesama makhluk hidup, mudah beradaptasi dengan orang lain, memiliki rasa simpati, dan dapat menempatkan emosinya sesuai dengan kondisi yang dihadapinya.



Suplemen

Empati merupakan sikap dari cinta kasih yang kita miliki untuk orang lain (RS Marzoeki Mahdi, 2025). Kamu dapat membantu memenuhi kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang klien dengan bersikap empati. Apakah kalian tahu perbedaan empati dan simpati? Kalian dapat mengetahui lebih banyak tentang sikap empati dengan mengakses tautan <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/daf9ip> atau pindai kode QR di samping.





Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 2.2

Memberikan Kebutuhan Rasa Cinta dan Kasih Sayang

Ny. K usia 36 tahun, ia menderita ulkus diabetikum pada kaki kanannya. Ny. K merasa malu dan mengatakan orang-orang di sekitar menjauhinya. Ia menjadi pendiam, mudah menangis, dan kehilangan nafsu makan. Kamu bertugas mendampingi Ny. K. Kamu perlu menunjukkan kasih sayang tanpa melampaui batas profesional.

1. Lakukan pendampingan Ny. K secara empatik dengan cara:
 - menyapa dengan hangat,
 - adanya sentuhan terapeutik,
 - mendengarkan aktif, dan
 - validasi perasaan klien.
2. Lakukan *roleplay* dengan teman sebangkumu kemudian lakukan pergantian peran.
3. Lakukan penilaian silang dan mintalah pendidik pengampu untuk mendampingi.

B. Kebutuhan Spiritual

Teori kebutuhan dasar manusia menurut Maslow memandang manusia sebagai makhluk holistik, maka hierarki kebutuhan dasar manusia tidak cukup hanya lima, tetapi ada enam. Dalam perspektif keperawatan, kebutuhan keenam tersebut adalah aspek spiritual. Maslow mengungkapkan kebutuhan spiritual adalah kebutuhan transendental diri, yaitu seseorang memerlukan adanya kedekatan dengan Tuhan (Asmadi, 2008).

Kebutuhan spiritual merupakan salah satu aspek penting dalam kesejahteraan klien, terutama ketika menghadapi kondisi penyakit serius. Oleh karena itu, kebutuhan spiritual menjadi hal penting dari proses perawatan. Namun sebelum mempelajarinya lebih lanjut, ayo lakukan aktivitas berikut.



Ayo Amati!

Aktivitas 2.3

Kebutuhan Spiritual di Sekitar Kita

Pernahkah kamu mengamati teman, keluarga, atau kerabat yang sedang sakit? Mengapa saat seseorang sakit, ia akan minta didoakan oleh orang terdekat atau tiba-tiba menjadi lebih religius? Jelaskan pendapatmu!



1. Pengertian Kebutuhan Spiritual

Menurut Kozier, et al. (2010) dalam Kurniasari et al. (2021), kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mempertahankan dan mengembalikan keyakinan, serta memenuhi kewajiban dalam mendapatkan pengampunan atau menjalin hubungan penuh kepercayaan dengan Tuhan. Berikut contoh kebutuhan spiritual dalam kehidupan sehari-hari.

- a. Kebutuhan mencari makna dan tujuan hidup.
- b. Kebutuhan mencintai dan dicintai.
- c. Kebutuhan memberi dan menerima maaf.
- d. Kebutuhan untuk dihormati dan dihargai.
- e. Kebutuhan untuk berhubungan dengan Tuhan.
- f. Kebutuhan untuk menjadi anggota komunitas spiritual.

2. Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual

Menilai kebutuhan spiritual klien merupakan bagian dari perawatan holistik yang berkualitas tinggi. Dengan memahami dan merespons kebutuhan spiritual klien, dapat membantu klien merasa lebih damai, mengurangi kecemasan, dan membantu mereka menghadapi tantangan penyakit dengan lebih baik. Sebelum itu, ayo kenali terlebih dahulu gangguan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (2016), gangguan pemenuhan kebutuhan spiritual terdiri atas berikut.

- a. Distres spiritual: gangguan pada keyakinan atau nilai, berupa kesulitan dalam merasakan makna dan tujuan hidup, melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan, atau Tuhan. Penyebab distres spiritual adalah sebagai berikut.
 - 1) menjelang ajal,
 - 2) kondisi penyakit kronis,
 - 3) kematian orang terdekat,
 - 4) perubahan pola hidup,
 - 5) kesepian,
 - 6) pengasingan diri,
 - 7) pengasingan sosial,
 - 8) gangguan sosiokultural,
 - 9) Peningkatan ketergantungan dengan orang lain, dan
 - 10) Kejadian hidup yang tidak diharapkan.



Berikut tanda dan gejala yang muncul pada pasien.

- 1) Mempertanyakan makna dan tujuan hidupnya.
 - 2) Menyatakan hidupnya terasa kurang atau tidak bermakna.
 - 3) Merasa tidak berdaya atau menderita.
 - 4) Terlihat tidak mampu beribadah.
 - 5) Tampak marah atau tidak percaya pada Tuhan.
- b. Risiko distress spiritual: risiko gangguan keyakinan atau nilai, pada individu atau kelompok dalam kekuatan, harapan, dan makna hidup. Berikut faktor risiko yang dapat meningkatkan risiko distress spiritual.
- 1) Perubahan hidup atau perubahan lingkungan
 - 2) Bencana alam atau kehilangan
 - 3) Sakit kronis
 - 4) Penyalahgunaan zat
 - 5) Kecemasan, depresi, atau stres
 - 6) Konflik spiritual
 - 7) Ketidakmampuan memaafkan
 - 8) Harga diri rendah atau hubungan buruk dengan lingkungan
 - 9) Konflik rasial
 - 10) Berpisah dengan sistem pendukung

3. Peran Perawat dalam Memfasilitasi Kebutuhan Spiritual Klien

Sebagai calon layanan penunjang keperawatan dan *caregiving*, kamu perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam memenuhi kebutuhan spiritual klien ketika sedang menjalani perawatan. Dengan adanya dukungan spiritual, klien dapat terhubung kembali dan percaya pada kekuatan Tuhan, yang pada akhirnya dapat mempercepat proses penyembuhan.

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (2018), intervensi utama untuk diagnosis distress spiritual adalah sebagai berikut.

- a. Dukungan spiritual, yaitu memfasilitasi peningkatan perasaan seimbang dan terhubung dengan kekuatan yang lebih besar. Berikut bentuk tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat.
- 1) Identifikasi perasaan khawatir, kesepian, dan ketidakberdayaan.
 - 2) Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan kesehatan.
 - 3) Identifikasi harapan dan kekuatan klien.
 - 4) Identifikasi ketaatan dalam beragama.
 - 5) Berikan kesempatan klien mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian.



- 6) Yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama ketidakberdayaan.
- 7) Fasilitasi untuk melakukan kegiatan ibadah.
- 8) Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung, seperti kumpulan pejuang kanker.
- 9) Ajarkan metode relaksasi, meditasi, dan imajinasi terbimbing.
- 10) Kolaborasi dengan rohaniwan, seperti ustaz, pendeta, romo, atau biksu.



Gambar 2.2 Memfasilitasi Kegiatan Beribadah

- b. Promosi koping, yaitu tindakan untuk meningkatkan upaya dan perilaku dalam merespon stresor, serta kemampuan menggunakan sumber yang ada. Berikut beberapa tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat.
 - 1) Identifikasi kemampuan yang dimiliki.
 - 2) Identifikasi pemahaman terhadap proses penyakit.
 - 3) Identifikasi metode penyelesaian masalah.
 - 4) Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial.
 - 5) memfasilitasi klien untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan.

Intervensi untuk diagnosis risiko distress spiritual terdiri atas berikut.

- a. Dukungan perkembangan spiritual, yaitu memfasilitasi klien untuk mengidentifikasi, berhubungan, dan mencari sumber, makna, tujuan, kekuatan, dan harapan dalam hidup. Berikut bentuk tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat.
 - 1) Menyediakan lingkungan yang tenang untuk refleksi diri.
 - 2) Memfasilitasi identifikasi masalah spiritual.
 - 3) Memfasilitasi eksplorasi keyakinan untuk pemulihan tubuh, pikiran, dan jiwa.
 - 4) Memfasilitasi hubungan dengan orang lain dan pelayanan keagamaan.
 - 5) Menganjurkan berpartisipasi dalam kegiatan ibadah.
 - 6) Jika perlu, berkolaborasi dengan pemuka agama atau kelompok agama.



- b. Promosi dukungan spiritual, yaitu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan keseimbangan dan hubungan dengan kekuatan spiritual.
- 1) Identifikasi keyakinan tentang makna dan tujuan hidup.
 - 2) Identifikasi perspektif spiritual.
 - 3) Perlakukan klien dengan bermartabat dan terhormat.
 - 4) Tunjukkan keterbukaan, empati, dan bersedia mendengarkan perasaan klien.
 - 5) Yakinkan bahwa perawat selalu ada dan mendukung.
 - 6) Motivasi untuk berinteraksi dengan anggota keluarga dan teman.
 - 7) Motivasi klien agar berpartisipasi dalam kelompok.
 - 8) Anjurkan berdoa dan menggunakan media spiritual seperti Al-Qur'an atau Kitab lainnya.
 - 9) Jika perlu, motivasi penggunaan sumber spiritual dan jadwalkan kunjungan pembimbing spiritual.

Setelah memahami kebutuhan spiritual, apakah kalian sudah siap dalam membantu klien memenuhi kebutuhan spiritualnya? Kebutuhan spiritual bukan hanya tentang agama, tapi tentang harapan, makna hidup, dan ketenangan batin, maka kalian harus peka dan siap membantu.



Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 2.4

Memberikan Dukungan Spiritual

Ny. S usia 58 tahun didiagnosis kanker payudara. Ia seorang janda dan memiliki dua anak dewasa. Ny. S beragama Islam. Ny. S telah menjalani kemoterapi selama 6 bulan dan kini sedang menjalani rawat inap karena efek samping kemoterapi yang berat. Ia tampak lemah, sering menangis, dan menolak makan. Kamu bertugas mendampingi Ny. S dan berusaha mengajak bicara Ny. S, namun ia berkata, "Saya sudah lelah, mungkin ini saatnya saya kembali kepada Tuhan. Tapi saya takut, saya belum siap".

Ny. S meminta untuk dipanggilkan ustaz dan terlihat sering berzikir. Ia meminta petugas memanggil anak-anaknya untuk berbicara lebih banyak, karena selama ini hubungannya tidak terlalu dekat.

1. Lakukan *roleplay* antara perawat dan Ny. S, dengan teman sebangkumu.
2. Peragakan cara terbaik merespons permintaan Ny. S dengan tepat dan empatik.
3. Lakukan pergantian peran dan minta pendidik pengampu untuk mendampingi.



Setiap individu pasti pernah mengalami luka, baik luka kecil maupun besar. Cara merawat luka sangat berpengaruh terhadap proses penyembuhan luka dan pencegahan infeksi. Layanan penunjang dan *caregiving* memiliki peran penting dalam memberikan perawatan luka sesuai prosedur. Selanjutnya kalian akan belajar tentang perawatan luka, sebelum ke materi jawab pertanyaan di bawah ini!

Ayo Amati!

Aktivitas 2.5 Perawatan Luka di Sekitar Kita

1. Ketika kalian atau orang di sekitar kalian terluka, apa yang biasa dilakukan? Apakah langsung dicuci, langsung diberi obat merah, atau hanya dibiarkan?
2. Menurut kalian, apa yang akan terjadi jika luka tidak dirawat dengan benar? Diskusikan dalam forum diskusi kelas!

1. Pengertian Luka

Luka adalah terputusnya kesatuan (kontinuitas) jaringan tubuh, seperti kulit, mukosa, dan otot. Luka dapat menimbulkan beberapa efek, seperti kehilangan seluruh atau sebagian fungsi organ karena kematian sel, adanya perdarahan dan pembekuan darah, serta adanya risiko kontaminasi bakteri (Ringo Siringo, et al. 2024).

2. Mekanisme Terjadinya Luka

Luka dapat terjadi karena beberapa penyebab, menurut (Ringo Siringo, et al. 2024) berikut penyebab luka yang perlu diidentifikasi perawat saat pengkajian.

- a. Luka insisi (*incised wound*), luka yang disebabkan karena teriris benda tajam, seperti luka akibat prosedur pembedahan.
- b. Luka memar (*contusion wound*), luka akibat benturan terhadap tekanan yang ditandai dengan cedera, perdarahan, dan bengkak.
- c. Luka lecet (*abraded wound*), luka akibat gesekan dengan benda yang tidak tajam.
- d. Luka tusuk (*puncture wound*), luka akibat adanya benda asing masuk ke dalam jaringan.
- e. Luka gores (*lacerated wound*), luka akibat tergores benda tajam seperti kaca.
- f. Luka tembus (*penetrating wound*), luka akibat objek yang menembus lapisan kulit dan masuk ke dalam tubuh, seperti luka yang disebabkan senjata api.
- g. Luka bakar (*combustion*), luka akibat terkena paparan panas, seperti api, bahan kimia, listrik, dan radiasi.



Suplemen

Tahukah kalian bagaimana tindakan pertolongan pertama saat terjadi luka?

Menurut Hermina Hospital (2024), jika terjadi luka pada diri sendiri atau orang lain, lakukan tindakan pertolongan berikut.

1. Cuci tangan dengan bersih.
2. Hentikan perdarahan dengan memberikan tekanan pada luka dengan perban atau kain bersih. Lakukan sampai perdarahan berhenti.
3. Bersihkan luka dengan air mengalir, untuk membersihkan benda asing yang menempel, seperti pasir atau kotoran lainnya.
4. Berikan antiseptik pada luka, dapat berupa salep/cream/gel yang efektif mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka.
5. Tutup luka dengan perban atau kasa steril, untuk menjaga kebersihan luka dan mencegah bakteri masuk ke dalam luka.

Kalian dapat mengetahui tips tambahan dalam mempercepat proses penyembuhan luka dengan mengakses <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/r1yubt> atau pindai kode QR di samping!



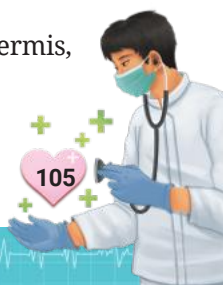
3. Jenis Luka

Pusat Pengendalian dan Pencegah Penyakit *The Centers for Disease Control and Prevention/CDC* dalam Onyekwelu, at al. (2017), menetapkan tingkat kontaminasi luka sebagai berikut ini.

- a. Luka bersih (*clean wound*), yaitu luka tanpa disertai inflamasi (proses peradangan) dan tidak terjadi infeksi pada tubuh.
- b. Luka bersih terkontaminasi (*clean contaminated wound*), yaitu luka dengan tingkat kontaminasi rendah, seperti masuknya benda asing ke dalam saluran pernapasan, saluran pencernaan, atau saluran kemih dalam kondisi yang terkontrol.
- c. Luka terkontaminasi (*contaminated wound*), yaitu luka terbuka seperti luka insisi operasi yang disebabkan peradangan akut disertai kontaminasi dari saluran organ tubuh.
- d. Luka kotor atau terinfeksi (*dirty wound*), yaitu luka yang terdapat mikroorganisme pada luka seperti adanya nanah dalam jumlah banyak.

Berdasarkan kedalamannya, luka diklasifikasikan sebagai berikut.

- a. Luka superfisial (*non-blanching eritema*) Stadium I: luka yang terjadi pada lapisan epidermis kulit
- b. Luka *partial thickness* Stadium II: luka yang mengakibatkan hilangnya kulit lapisan epidermis, ditandai dengan abrasi, blister, atau lubang yang dangkal.



- c. Luka *full thickness* Stadium III: luka yang ditandai dengan hilangnya seluruh lapisan kulit, adanya kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan tetapi tidak mengenai otot.
- d. Luka *full thickness* Stadium IV: luka yang telah mencapai lapisan otot, tendon, dan tulang, disertai adanya destruksi atau kerusakan yang luas.

4. Proses Penyembuhan Luka

Proses penyembuhan luka bervariasi pada setiap individu, hal tersebut berkaitan dengan lokasi, keparahan, luas luka, kemampuan sel, dan jaringan dalam melakukan regenerasi. Menurut Carville (2007), terdapat 3 tahap proses penyembuhan luka.

a. Inflamasi

Respon awal tubuh bereaksi terhadap luka, pada beberapa menit awal terjadinya luka sampai 3 atau 5 hari. Berikut respon fisiologis yang biasanya terjadi.

1) Perdarahan (homeostasis)

Pada saat luka dan terjadi robekan pada pembuluh darah, tubuh melakukan kompensasi dengan vasokonstriksi. Pembuluh darah yang cedera akan membentuk platelet (trombosit), melalui penghentian perdarahan. Bekuan darah yang terkumpul akan membentuk matrik fibrin, lalu dilanjutkan dengan proses fibrinolisis untuk memecahkan bekuan darah, dan mempercepat proses migrasi sel ke bagian kulit yang luka.

2) Eritema dan Panas (Rubor dan Kalor)

Jaringan yang mengalami luka akan menstimulasi sel mast untuk mengeluarkan histamin, sehingga mengakibatkan vasodilatasi kapiler di sekitar luka. Hal ini menyebabkan aliran darah banyak diedarkan menuju area luka, sehingga area sekitar luka terasa hangat dan berwarna merah.

3) Nyeri (*dolor*)

Jaringan yang mengalami luka akan mengenai ujung saraf bebas yang mengakibatkan keluarnya mediator nyeri seperti prostaglandin dan serotonin. Mediator nyeri dikirim ke otak dan dipersepsikan sebagai munculnya sensasi nyeri.

4) Edema (tumor) dan penurunan fungsi jaringan (*functio laesa*)

Vasodilatasi kapiler di sekitar luka mengakibatkan peningkatan permeabilitas kapiler, sehingga menyebabkan perpindahan cairan intravaskuler masuk ke dalam ruang interstisial. Kondisi ini menyebabkan pembengkakan atau edema pada area luka dan berdampak pada gangguan fungsi organ yang mengalami cedera.

Setelah terjadi luka, bagian leukosit yaitu neutrofil akan dikirim ke area luka untuk memakan bakteri dan debris. Bagian leukosit selanjutnya yaitu monosit akan berubah menjadi makrofag. Makrofag akan mencerna mikroorganisme lalu mendaur ulang asam



amino dan gula yang membantu dalam penyembuhan luka. Makrofag menstimulasi pembentukan fibroblas (sel yang mensintesis kolagen) dan pembentukan pembuluh darah baru atau angiogenesis sebagai bagian tahapan penyembuhan luka selanjutnya.

b. Proliferasi

Fase kedua berlangsung sejak hari ke 3 luka sampai dengan hari ke 21 (3 pekan). Pada fase ini, granulasi atau jaringan penyambung yang baru akan menutup bagian atas luka dengan epitelisasi, sehingga proses kapilerisasi dan pembentukan pembuluh darah baru. Fibroblast akan mensintesis kolagen yang merupakan protein penambah tegangan permukaan luka untuk mencegah luka terbuka kembali.

c. Maturasi

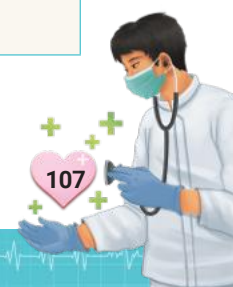
Fase akhir penyembuhan luka dapat berkisar 1-2 tahun, tergantung luas dan kedalaman luka. Pada fase ini terjadi pembentukan sintesis kolagen sehingga jaringan lebih kuat, bekas luka menjadi lebih kecil, dan meninggalkan garis putih sebagai tanda akhir dari penyembuhan luka.

5. Prosedur Perawatan Luka

Prosedur perawatan luka merupakan serangkaian tindakan untuk merawat luka agar proses penyembuhan berlangsung dengan baik, mencegah infeksi pada luka, dan melindungi luka dari trauma mekanis (Wisnasari, et al. 2021). Berikut prosedur perawatan luka menurut Berman, et al. (2016).

Tabel 2.1 Prosedur Perawatan Luka

No.	Tindakan
1.	Tahap Persiapan
	a. Persiapan Perawat 1) Pahami indikasi perawatan luka dengan menentukan jenis luka. 2) Pahami teknik prosedur perawatan luka. b. Persiapan Alat 1) Alat Steril • Pinset anatomis 1 • Pinset sirugis 1 • Gunting luka • Lidi kapas (jika diperlukan) • Kasa steril



No.	Tindakan
	• Kom • Cairan fisiologis (NaCl 0.9%) • Obat sesuai order • <i>Primary dressing</i> • Bak instrumen sedang • Kapas alkohol • Transofiks 2) Alat nonsteril • Sarung tangan bersih • Bengkok • Perlak • Gunting plester • Plester • Tempat sampah • Troli c. Persiapan klien dan lingkungan 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan. 2) Jelaskan perkembangan proses penyembuhan luka. 3) Posisikan klien dengan posisi yang nyaman. 4) Tutup pintu, jendela, atau pasang sketsel untuk menjaga privasi klien. 5) Berikan pencahayaan yang cukup.
2.	Tahap Kerja
	a. Cuci tangan 6 langkah. b. Gunakan sarung tangan bersih. c. Pasang perlak pada area di bawah luka. d. Dekatkan bengkok pada area luka. e. Basahi balutan lama dengan kapas alkohol (<i>alcohol swab</i>) dan lepaskan plester. f. Lepas balutan dan buang ke bengkok.



No.	Tindakan
	g. Kaji luka: • Lokasi dan ukuran • Warna dasar • Eksudat (jumlah, jenis, kekentalan, dan bau) • Keadaan kulit di sekitar luka • Infeksi lokal (nyeri hebat, terdapat nanah, luka memerah, dan bengkak) h. Lepas sarung tangan bersih. i. Siapkan dan tata alat-alat steril. • Buka bak instrumen. • Masukkan kasa steril pada kom di bak instrumen. • Buka penutup NaCl 0,9%, bersihkan penutup karet dengan kapas alkohol. • Pasang transofik pada botol NaCl 0,9%. • Buang sedikit cairan NaCl 0.9% pada bengkok, lalu tuangkan pada kom steril. • Buka <i>primary dressing</i> (contoh: <i>sofra tulle</i>) dan letakkan pada bak instrumen. j. Gunakan sarung tangan steril. k. Ambil kasa yang telah dibasahi NaCl 0.9% menggunakan pinset. l. Bersihkan luka dari arah dalam ke luar, gunakan satu kasa untuk satu kali usapan

Gambar 2.3 Perawatan Luka



No.	Tindakan
	m. Tekan dengan lembut area luka untuk mengeluarkan dan membersihkan eksudat. n. Berikan obat sesuai order (jika ada). o. Tutup luka dengan balutan primer. p. Tutup luka dengan kasa steril. q. Pasangkan plester pada balutan. r. Jelaskan pada klien bahwa tindakan telah selesai, kemudian bantu klien kembali ke posisi semula. s. Bereskan alat. t. Lepas sarung tangan dan cuci tangan. u. Dokumentasikan hasil pengkajian luka dan hasil tindakan.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 2.6 Praktik Perawatan Luka

Tn. S usia 39 tahun telah 3 hari dirawat di rumah sakit. Setelah melakukan operasi apendiktomi, lukanya tampak ditutup balutan steril. Tn. S dijadwalkan untuk perawatan luka dan mengeluh tidak nyaman di area luka.

1. Lakukan praktik perawatan luka secara berkelompok yang terdiri atas 3-6 murid.
2. Lakukan praktik di laboratorium sesuai dengan skenario kasus di atas.
3. Mintalah kepada pendidik untuk mendampingi.



Jumlah dan proporsi penduduk lansia dalam populasi di berbagai negara terus meningkat. Peningkatan ini memerlukan adaptasi terstruktur di semua sektor, seperti kesehatan dan sosial. Apa yang dapat kalian lakukan sebagai calon tenaga kesehatan? Kerjakan aktivitas berikut agar kamu dapat menyimpulkan jawabanmu!



Ayo Amati!

Aktivitas 2.7

Perawatan dan Aktivitas Lansia!

Setiap lansia memiliki kesempatan untuk hidup dengan umur yang panjang dan sehat. Ayo amati keseharian lansia di sekitarmu dan tentukan apakah lansia memerlukan aktivitas dan perawatan khusus? Jika perlu, jelaskan contoh aktivitas dan manfaat yang akan didapatkan lansia!

Sekarang ayo pelajari materi berikut untuk lebih memahami kebutuhan lansia dan bentuk perawatan yang harus kamu berikan kepada mereka sebagai tenaga layanan keperawatan dan *caregiving*.

1. Pengertian Lanjut Usia (Lansia)

World Health Organization (WHO) (1980) dalam laporan ilmiahnya, mendefinisikan lansia adalah individu yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia, mengartikan lanjut usia adalah individu yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan fase akhir dari siklus kehidupan manusia dimulai dari usia 60 tahun sampai meninggal dunia (Astuti, et al. 2023).

2. Perubahan Kesehatan pada Lansia

Menurut Astuti, et al. (2023) lansia akan mengalami berbagai perubahan kesehatan seperti berikut.

a. Masalah Fisik

Berikut beberapa perubahan fisik yang terjadi pada lansia.

- 1) Sistem indra: hilangnya kemampuan pendengaran dan penglihatan.
- 2) Sistem integumen: kulit mengalami atrofi, mengendur, kehilangan elastisitas, kering, dan mengerut, serta timbul pigmen coklat (*liver spot*).
- 3) Sistem muskuloskeletal: berkurangnya kepadatan tulang sehingga permukaan sendi menjadi tidak rata.



- 4) Sistem kardiovaskuler: adanya penambahan massa jantung dan ventrikel kiri mengalami hipertrofi yang menyebabkan peregangan jantung berkurang.
- 5) Sistem respirasi: adanya perubahan jaringan ikat paru, perubahan pada otot, kartilago, dan sendi torak yang mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu.
- 6) Sistem gastrointestinal: kehilangan gigi, sensasi indra pengecap menurun, dan penurunan rasa lapar.
- 7) Sistem urinari: laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi pada ginjal menurun.
- 8) Sistem saraf: serabut saraf mengalami atropi, dan kemampuan otak dalam koordinasi untuk melakukan aktivitas sehari-hari mengalami penurunan.
- 9) Sistem reproduksi: lansia perempuan mengalami atrofi payudara. Lansia laki-laki mengalami penurunan kualitas spermatozoa.

b. Masalah Kognitif

Lansia mengalami perubahan atau penurunan pada daya ingat, *intelligence quotient* (IQ), kemampuan belajar, kemampuan memecahkan masalah, kemampuan mengambil keputusan, kinerja, dan motivasi.

c. Perubahan Mental dan Spiritual

Banyak lansia yang mengintegrasikan agama dan pengalaman hidup dalam kehidupan sehari-harinya, sehingga sering menjadi tempat untuk dimintai nasihat oleh orang yang lebih muda.

d. Perubahan Psikososial

Pada saat pasangan hidup meninggal, lansia akan merasa kesepian. Berduka cita dapat memicu terjadinya gangguan kesehatan pada lansia. Berduka yang berkelanjutan dapat menimbulkan depresi. Depresi dapat juga timbul karena stres dan menurunnya kemampuan beradaptasi dengan hal baru.

3. Perawatan pada Lansia

Sebelum melakukan perawatan, perawat perlu mengkaji masalah kesehatan dan riwayat penyakit yang pernah dimiliki lansia. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikososial, dan spiritual. Selain itu, perawat perlu mengkaji status kognitif dan status fungsional lansia berikut.

- a. Status fungsional: kaji kemandirian lansia menggunakan Indeks Katz dan Indeks Barthel.
- b. Status kognitif: kaji menggunakan *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) dan *Mini Mental State Exam* (MMSE).



Menurut Rachmawati, et al. (2023), perawatan pada lansia diawali dengan mengenali jenis-jenis perawatannya.

a. Perawatan fisik

Perawatan fisik dapat dilakukan pada lansia aktif dan lansia pasif.

- 1) Lansia aktif: lansia yang mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari secara mandiri.
- 2) Lansia pasif: lansia yang memiliki gangguan pada anggota gerak, sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dan memerlukan bantuan orang lain.

b. Perawatan psikologis

Perawat berperan dalam memberi edukasi kepada lansia. Edukasi bertujuan mengubah perilaku dan pandangan lansia terhadap masalah kesehatan yang dimilikinya.

c. Perawatan sosial

Perawat melakukan diskusi dengan lansia sehingga dapat bertukar pikiran dan bercerita atau memberi kesempatan lansia untuk berkumpul dengan satu sama lain. Kegiatan tersebut dapat meningkatkan hubungan sosial lansia.

Setelah mengenal jenis perawatan, selanjutnya kamu akan menentukan tindakan yang akan diberikan. Implementasi pada perawatan lansia meliputi berikut ini.

- a. Promosi kesehatan: memberikan pendidikan atau penyuluhan kesehatan, tentang cara menjaga tubuh agar tetap sehat. Sebagai contoh, mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang, perilaku hidup bersih dan sehat, serta berolahraga teratur.
- b. Pencegahan penyakit: melakukan skrining atau deteksi awal terjadinya penyakit. Misalnya pengecekan tekanan darah.
- c. Mengoptimalkan fungsi mental: mengadakan kegiatan bimbingan rohani atau kegiatan rekreasi.
- d. Mengatasi gangguan kesehatan umum: melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, untuk memberikan pengobatan pada lansia. Tujuannya adalah untuk mendeteksi penyakit pada lansia.

Pemberian perawatan kepada lansia memiliki fungsi tersendiri bagi lansia. Adapun fungsi perawatan tersebut adalah sebagai berikut.

- a. Membimbing lansia agar memiliki masa tua yang sehat.
- b. Membantu mengurangi perasaan takut tua.
- c. Menghormati hak individu yang lebih tua dan memastikan individu lain melakukan hal yang sama.
- d. Memantau dan mendorong kualitas pelayanan kesehatan lansia.



4. Aktivitas pada Lansia

Perawat dapat memilih aktivitas khusus pada lansia untuk mempertahankan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Menurut Agustini, et al. (2023), terdapat beberapa terapi aktivitas yang dapat dilakukan lansia.



Gambar 2.4 Gerakan Senam Lansia

- a. Latihan atau olahraga: aktivitas yang membuat jantung dan paru bekerja lebih cepat untuk memenuhi peningkatan kebutuhan oksigen. Olahraga yang dapat dilakukan meliputi:
 - 1) senam aerobik,
 - 2) berjalan,
 - 3) berenang, dan
 - 4) bersepeda.

Latihan dilakukan minimal 30 menit dengan intensitas sedang, lima kali dalam satu pekan. Intensitas tinggi dilakukan minimal 20 menit, tiga kali dalam satu pekan. Intensitas kombinasi dapat dilakukan dengan 20 menit intensitas tinggi dalam dua hari dan 20 menit intensitas sedang dalam dua hari.

- b. Latihan penguatan otot: aktivitas yang memperkuat dan menyokong otot, sehingga otot mampu membentuk kekuatan untuk menggerakkan dan menahan beban. Aktivitas yang dilakukan adalah aktivitas melawan gravitasi, yaitu gerakan berdiri dari posisi duduk di kursi, ditahan beberapa detik, lalu dilakukan berulang-ulang. Latihan ini dapat dilakukan dua hari dalam sepekan.



- c. Latihan fleksibilitas dan keseimbangan: aktivitas untuk membantu mempertahankan gerak sendi dalam melakukan kegiatan sehari-hari, tindakanya yaitu latihan rentang gerak sendi (ROM). Latihannya terdiri atas gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, dan adduksi.
- d. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK): terapi yang dilakukan secara berkelompok yang diisi aktivitas tertentu, seperti diskusi dan dipimpin atau diarahkan oleh seorang terapis. Jenis TAK pada lansia, meliputi dua stimulasi berikut.
 - 1) Stimulasi sensori (musik): lansia mendengarkan musik atau menyanyikan lagu yang disenangi bersama-sama.
 - 2) Stimulasi persepsi: membaca majalah atau menonton acara televisi.
- e. Orientasi realitas: lansia diorientasikan pada kenyataan sebenarnya, seperti orientasi diri sendiri, orang di sekitarnya, waktu, tempat, benda yang ada disekitarnya, dan semua kondisi nyata.
- f. Sosialisasi: lansia dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada di sekitarnya. Sosialisasi dilakukan secara bertahap dari interpersonal lalu kelompok.

Menurut Adriani, et al. (2021), terdapat beberapa terapi aktivitas lainnya yang dapat dilakukan bersama lansia.

- a. Terapi berkebun: menanam kangkung, bayam, dan tanaman lainnya dapat melatih kesabaran dan membangun kebersamaan dalam memanfaatkan waktu luang.
- b. Terapi dengan binatang: memelihara kucing, ternak ayam, sapi, dan hewan lainnya dapat meningkatkan rasa kasih sayang terhadap hewan serta mengurangi rasa kesepian pada lansia.
- c. Terapi okupasi: membuat kipas, bunga, menjahit, merajut, dan aktivitas lainnya dapat meningkatkan produktivitas lansia. Terapi ini bermanfaat dalam membuat dan menghasilkan karya.
- d. Terapi kognitif: mengadakan cerdas cermat, mengerjakan tebak-tebakan, puzzle, mengisi teka-teki silang, dan kegiatan lainnya. Kegiatan tersebut dapat mencegah penurunan daya ingat pada lansia.
- e. *Life review* terapi: menceritakan pengalaman selama masa hidup dapat meningkatkan semangat hidup serta harga diri lansia.
- f. Rekreasi: rekreasi ke kebun raya, mengunjungi saudara atau ke tempat lainnya dapat meningkatkan sosialisasi, semangat hidup, menghilangkan rasa bosan, dan menurunkan stres serta depresi pada lansia.
- g. Terapi keagamaan: pengajian dan salat berjamaah pada agama Islam, serta kegiatan keagamaan pada agama lainnya dapat meningkatkan rasa kenyamanan dan meningkatkan pemenuhan kebutuhan spiritual menjelang kematian.



- h. Terapi keluarga: terapi yang diberikan seluruh anggota keluarga dalam perawatan lansia. Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan fungsi keluarga dalam perawatan.

Pernahkah kalian membantu kakek atau nenek dalam melakukan aktivitas sehari-hari? Lansia merupakan kelompok usia yang membutuhkan perawatan dan aktivitas khusus yang sesuai agar tetap sehat secara fisik dan mental. Saatnya kalian menunjukkan sikap empati dan peduli terhadap lansia. Ayo lakukan aktivitas di bawah ini!



Ayo Lakukan!

Aktivitas 2.8

Perawatan dan Aktivitas pada Lansia

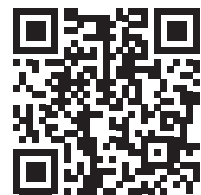
1. Bentuklah kelompok belajar yang terdiri atas 5-6 murid.
2. Cari dua orang lansia di lingkungan sekitar kalian lalu lakukan pengkajian kebutuhan perawatan dan aktivitas pada kedua lansia tersebut.
3. Rancang dan lakukan perawatan dan aktivitas yang akan kalian lakukan bersama lansia.
4. Buat catatan evaluasi dan dokumentasikan seluruh rangkaian kegiatan.
5. Presentasikan hasilnya di depan kelas bersama teman-teman dan pendidik pengampu.
6. Minta kelompok lain untuk memberi saran dan masukan hasil pekerjaan kalian.



Suplemen

Menghargai dan merawat para lansia adalah bagian dari menjaga martabat manusia. Bagaimana perasaanmu setelah mengetahui kondisi para lansia?

Saatnya kita berupaya membantu meningkatkan peluang mereka menjadi sehat dan produktif. Bagaimana caranya? Menurut Kemenkes (2024) peran keluarga sangat penting dalam mendukung perawatan dan aktivitas para lansia. Kunjungi tautan <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/cnqdi4> atau pindai kode QR di samping agar kamu lebih mengetahuinya!



Ayo amati!

Aktivitas 2.9

Penurunan Kesadaran pada Klien

Pernahkah kamu mengamati orang yang mengalami penurunan kesadaran? Menurut pendapatmu, penyakit apa yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran?

Penurunan kesadaran merupakan keadaan perubahan kesadaran yang diakibatkan oleh berbagai proses penyakit. Penurunan kesadaran adalah keadaan darurat yang memerlukan penanganan cepat, bagaimana cara menilai tingkat kesadaran? Ayo simak materi di bawah ini!

1. Konsep Dasar Tingkat Kesadaran

Kesadaran merupakan keadaan sadar akan diri sendiri dan lingkungan sekitar. Kesadaran dipengaruhi oleh input dari fungsi sistem saraf pusat (SSP) yang mengintegrasikan impuls eferen dan aferen. *Output* fungsi SSP mencerminkan kemampuan individu untuk berorientasi terhadap rangsangan dari dalam dan luar tubuhnya. Input susunan saraf pusat menentukan tingkat kesadaran. Tingkat kesadaran adalah kuantitas (jumlah) dari input susunan saraf (Muttaqin, 2008).

2. Cara Pengukuran Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran merupakan parameter pengkajian yang mendasar dan penting. Berikut cara mengukur tingkat kesadaran.

a. *Alert, Verbal, Pain, Responsive* (AVPU)

AVPU merupakan pengukuran tingkat kesadaran sederhana yang berguna untuk menilai responsivitas atau status mental klien secara cepat (Romanelli, D. & Farrell, M. W. 2023). Skala AVPU terdiri atas kriteria berikut.

- 1) *Alert*: klien menyadari keadaan pemeriksa dan dapat berorientasi terhadap lingkungan sekitarnya. Klien dapat mengikuti perintah dan membuka mata secara spontan.
- 2) *Verbal*: klien merespon stimulus verbal secara langsung. Saat klien dapat menjawab panggilan pemeriksa secara verbal, maka tingkat kesadarannya adalah V (Verbal).
- 3) *Pain*: klien merespon stimulus, dengan rangsangan nyeri. Jika klien tidak dapat merespon pemeriksa dengan verbal, berikan rangsangan nyeri dengan menekan bahu, menekan kuku, atau mencubit atau menggosok tulang *sternum* (dada). Menggosok tulang sternum dilakukan menggunakan buku-buku jari tangan yang mengepal, ke bagian tulang di

dada tengah klien. Jika klien merespon saat diberikan rangsangan nyeri, maka tingkat kesadarannya adalah *pain*.

- 4) *Unresponsive*: klien tidak responsif, terhadap semua stimulus. Jika klien tidak berespon secara *verbal* dan *pain*, maka tingkat kesadaran klien adalah *unresponsive*.

b. *Glasgow Coma Scale* (GCS)

Glasgow Coma Scale (GCS) merupakan skala yang digunakan untuk menggambarkan secara objektif tingkat kesadaran pada semua jenis gangguan penyakit. Skala GCS menilai tiga respon, yaitu *Eye* (mata), *Verbal* (kemampuan berbicara), dan *Motor* (motorik). Hasil skala pada ketiga respon dijumlahkan menjadi skor GCS total yang memberikan deskripsi tingkat kesadaran klien (Jain, S., & Iverson, L. M. 2023). Berikut penilaian dan parameter pada GCS.

1) **Respon eye (mata) = 4**

- a) 1 = Tidak membuka mata.
- b) 2 = Membuka mata dengan rangsangan nyeri.
- c) 3 = Membuka mata dengan rangsangan suara.
- d) 4 = Membuka mata terbuka secara spontan.

2) **Respon verbal = 5**

- a) 1 = Tidak ada respon verbal.
- b) 2 = Bersuara, namun tidak dapat dipahami.
- c) 3 = Mengeluarkan kata yang tidak dapat dipahami.
- d) 4 = Berbicara dengan bingung.
- e) 5 = Berbicara spontan dan berorientasi dengan baik.

3) **Respon motor (motorik) = 6**

- a) 1 = Tidak ada respon motorik.
- b) 2 = Ekstensi abnormal (lengan dan kaki tidak menekuk saat diberikan stimulus).
- c) 3 = Fleksi abnormal (lengan menekuk ke arah dada saat diberikan stimulus).
- d) 4 = Menghindari nyeri (menarik anggota tubuh atau menjauhi stimulus nyeri).
- e) 5 = Melokalisasi nyeri (mencoba menjangkau sumber nyeri).
- f) 6 = Mengikuti perintah (melakukan gerakan sesuai perintah).

Total skor dari ketiga respon menunjukkan tingkat kesadaran klien.

- 1** Kompos mentis, skor 15 (kesadaran penuh): klien mampu merespon semua pertanyaan dan instruksi dengan baik.
- 2** Apatis, skor 14: klien acuh terhadap lingkungan.
- 3** Somnolen, skor 13: klien dapat terbangun dengan rangsangan nyeri tetapi tertidur lagi.
- 4** Delirium, skor 12: klien berteriak dan berontak tidak dapat berorientasi.
- 5** Sopor, skor 9-11 (semikoma): kesadaran menyerupai koma, bereaksi terhadap rangsangan nyeri.
- 6** Koma, skor 3-8: tidak dapat dibangunkan dengan rangsangan apapun.

3. Gangguan Kesadaran

Tenaga layanan kesehatan akan menggunakan pemeriksaan GCS sebagai bagian dari pemeriksaan neurologis. Pemeriksaan GCS bertujuan untuk menilai penurunan kesadaran, berikut contoh gangguan penyakit yang dapat menurunkan kesadaran.

- a. Cedera (trauma) kepala
- b. Hipoglikemia (gula darah rendah)
- c. Keracunan dan overdosis obat-obatan
- d. Kondisi setelah kejang
- e. Penyakit jantung
- f. Gagal ginjal
- g. Strok
- h. Demensia dan penyakit kronis lainnya.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 2.10 Cek Kesadaran Klien

Tn. K usia 45 tahun mengalami kecelakaan lalu lintas. Ia dibawa ke IGD. Saat pemeriksaan awal Tn. K tidak membuka mata meskipun dipanggil berulang kali. Saat diberi rangsang nyeri pada sternum, ia membuka mata dan menggerakkan anggota gerak dengan menjauhi stimulus nyeri. Ketika diajak bicara, Tn. K mengeluarkan kata-kata tidak jelas dan sulit dipahami.

1. Lakukan perhitungan kesadaran menggunakan skor GCS pada kasus di atas. Lengkapi dengan skor masing-masing respon E, V, dan M!
2. Diskusikan skor GCS yang didapatkan dengan teman sebangkumu!





Ayo Pahami!

Aktivitas 2.11 Proses Berduka dan Kehilangan

Apakah kamu pernah merasa kehilangan? Adakah keluargamu yang telah meninggal? Kamu tentu mengetahui betapa sedihnya kehilangan salah satu anggota keluarga. Lalu bagaimana sikap yang harus kamu tunjukkan kepada orang yang sedang berduka dan kehilangan?

Berduka dan kehilangan merupakan pengalaman yang pasti dialami setiap individu pada tahap kehidupannya. Kehilangan dapat terjadi akibat kematian orang terdekat, penurunan status kesehatan, perubahan peran, atau putusnya hubungan sosial. Respons terhadap kehilangan yang dikenal dengan berduka dapat memengaruhi fisik, emosional, sosial, dan spiritual jika tidak difasilitasi dengan tepat. Simak materi di bawah ini agar kalian dapat lebih memahaminya!

1. Konsep Kehilangan

Kehilangan merupakan keadaan seseorang tidak lagi memiliki sesuatu, baik pada saat ini atau di masa yang akan datang. Kehilangan biasanya diikuti dengan ungkapan kesedihan dan perasaan berduka. Rasa kehilangan dapat muncul akibat penurunan kondisi kesehatan, perubahan dalam hubungan atau peran sosial, hingga kehilangan nyawa seseorang. Ketika klien meninggal, keluarga dan orang-orang terdekat yang ditinggalkan akan merasakan kehilangan. Menurut Kozier, Erb, Berman & Snyder (2011), berikut tipe kehilangan.

- Actual loss*: kehilangan nyata yang dapat diidentifikasi dan dirasakan oleh orang lain, bukan hanya dirasakan oleh individu yang mengalaminya. Contohnya kematian orang yang dicintai, hilangnya anggota tubuh akibat amputasi, dan kehilangan rumah akibat bencana.
- Perceived loss*: kehilangan persepsi atau psikologis yang dirasakan seseorang, tetapi tidak terlihat orang lain. Kehilangan ini bersifat subjektif, seperti kehilangan harga diri, kehilangan rasa aman, dan putusnya hubungan sosial.
- Anticipatory loss*: kehilangan yang sudah disadari dan dipersiapkan sebelum benar-benar terjadi. Seperti pada seseorang yang memiliki penyakit kronis, Sebagai contoh pada keluarga klien kanker stadium akhir mulai bersiap menghadapi kematian atau orang tua mempersiapkan perpisahan karena anaknya akan pindah rumah atau menikah.

Menurut Anipah, et al. (2024), berikut beberapa tipe kehilangan yang relevan dengan hierarki Maslow.



- a. Kehilangan fisiologis, contohnya kehilangan fungsi organ akibat penyakit.
- b. Kehilangan keselamatan, contohnya kehilangan lingkungan yang aman dan nyaman.
- c. Kehilangan rasa memiliki, contohnya perubahan status seperti perceraian dan kematian orang terdekat.
- d. Kehilangan harga diri, contohnya kehilangan fungsi peran, sehingga persepsi orang lain berubah.
- e. Kehilangan aktualisasi diri, contohnya kehilangan kesempatan melanjutkan mimpi, tujuan hidup, atau mengembangkan potensi diri.

2. Konsep Berduka

Berduka adalah respon emosional seseorang terhadap kehilangan, yang muncul sebagai tanggapan terhadap kehilangan yang nyata, dirasakan, atau yang baru diantisipasi. Berbagai respon emosi dapat muncul dalam proses berduka, seperti kemarahan, frustrasi, kesepian, kesedihan, rasa bersalah, penyesalan, hingga perasaan damai. Proses berduka berdampak pada fisik, psikologis, sosial, dan spiritual (Ernstmeyer, K., & Christman, E. 2024).



Gambar 2.5 Memfasilitasi proses berduka dan kehilangan.

Berduka bukan kondisi patologi, tetapi berupa respon adaptif terhadap stresor yang nyata. Berduka dapat disebabkan karena kematian orang terdekat, antisipasi kematian, kehilangan objek, fungsi bagian tubuh, pekerjaan, dan hubungan sosial. Menurut Stuart (2016), terdapat beberapa jenis berduka.



- Normal grief/uncomplicated grief* (berduka yang normal): proses berduka yang wajar, dengan respons emosional yang sesuai, dan mampu beradaptasi terhadap kehilangan yang terjadi.
- Anticipatory Grief* (Berduka yang diantisipasi): berduka yang dialami sebelum kehilangan benar-benar terjadi. Misalnya pada keluarga klien yang mengalami kondisi terminal.
- Complicated/Dysfunctional Grief* (Berduka yang Rumit): berduka yang tidak teratasi dengan baik atau tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari.
- Disenfranchised Grief* (Berduka yang Tersembunyi): berduka yang tidak diakui atau tidak diterima oleh lingkungan sekitar, sehingga individu yang mengalaminya sulit mendapatkan dukungan emosional dan sosial yang dibutuhkan.

Menurut Keliat et al. (2019), berikut manifestasi klinis yang muncul pada seseorang saat berduka.

- Tidak menerima dan menyalahkan.
- Merasa bersalah, sedih, dan tidak ada harapan.
- Marah, menangis, dan pola tidur berubah.
- Tidak mampu konsentrasi.
- Menyendiri dan merasa tidak berguna.
- Mimpi buruk.
- Imunitas menurun.

Tahapan berduka merupakan respons yang ditunjukkan ketika mengalami kehilangan. Kubler-Ross (2014) membagi tahapan berduka menjadi lima tahap.

- Denial* (penyangkalan): perasaan terkejut dan tidak percaya terhadap kehilangan yang terjadi.
- Anger* (kemarahan): ekspresi marah yang ditujukan kepada keluarga, teman, atau tenaga kesehatan.
- Bargaining* (tawar menawar): terjadi ketika individu menawar untuk mendapatkan banyak waktu dalam memperlama proses kehilangan yang tidak dapat dihindari.
- Depression* (depresi): terjadi ketika kesadaran akan kehilangan menjadi akut, seperti menunjukkan perilaku menyendiri, tidak mau berkomunikasi dengan orang lain, tidak mau makan, dan kehilangan minat untuk beraktivitas.
- Acceptance* (penerimaan): terjadi ketika individu memperlihatkan tanda bahwa ia menerima kehilangan tersebut.



3. Peran Perawat dalam Memfasilitasi Proses Berduka dan Kehilangan

Berduka merupakan diagnosis keperawatan yang terdapat pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (2016) yang diartikan sebagai respons psikososial klien akibat kehilangan (orang, objek, fungsi bagian tubuh, status sosial, atau hubungan). Tujuan memfasilitasi klien berduka adalah untuk mengurangi rasa duka yang ditunjukkan dengan menurunnya respons psikososial akibat kehilangan. Kriteria hasil yang membuktikan tingkat berduka menurun adalah:

- a. menerima kehilangan meningkat,
- b. harapan meningkat,
- c. perasaan sedih menurun,
- d. perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain menurun,
- e. menangis menurun,
- f. pola tidur membaik, dan
- g. konsentrasi membaik.

Perawat perlu memberikan pendekatan yang suportif dan beretika kepada individu yang sedang berduka dan kehilangan. Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), perawat berperan dalam memfasilitasi klien berduka dengan memberi dukungan proses berduka dan dukungan emosional (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

- a. Dukungan proses berduka: memfasilitasi menyelesaikan proses berduka terhadap kehilangan. Berikut tindakan yang dapat dilakukan.
 - 1) Observasi:
 - a) Identifikasi kehilangan yang dihadapi.
 - b) Identifikasi proses berduka yang dialami.
 - c) Identifikasi sifat keterikatan pada objek yang hilang.
 - d) Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan.
 - 2) Terapeutik:
 - a) Tunjukkan sikap menerima dan empati.
 - b) Motivasi klien untuk mengungkapkan perasaan kehilangan.
 - c) Motivasi untuk menguatkan dukungan orang terdekat.
 - d) Memfasilitasi aktivitas yang sesuai dengan budaya, agama, dan norma sosial.
 - e) Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan aktivitas yang disukai, seperti membaca buku, menulis, bermain, atau menggambar.



- 3) Edukasi:
 - a) Jelaskan kepada klien dan keluarga bahwa sikap yang ditunjukkan saat proses berduka adalah wajar dalam menghadapi kehilangan.
 - b) Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan.
 - c) Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap.
- b. Dukungan emosional: memfasilitasi penerimaan kondisi emosional klien selama masa kehilangan.
 - 1) Observasi:
 - a) Identifikasi marah dan frustrasi pada klien.
 - b) Identifikasi hal yang memicu emosi.
 - 2) Terapeutik:
 - a) Fasilitasi klien untuk mengungkapkan rasa cemas, marah, dan sedih.
 - b) Buat pernyataan empati dan suportif selama fase berduka.
 - c) Lakukan sentuhan saat memberi dukungan, seperti merangkul atau menepuk-nepuk.
 - d) Tetap bersama klien dan pastikan keamanan selama ansietas.
 - 3) Edukasi: anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan yang dialami, contohnya ansietas.

Menurut Mauruh, et al. (2022) berikut tindakan yang dapat dilakukan dalam memfasilitasi orang terdekat yang kehilangan dan berduka.

 - a. Hari pertama berduka
 - 1) Sampaikan bahwa kamu juga merasa kehilangan.
 - 2) Sampaikan bahwa kamu ada untuk mereka.
 - 3) Berbagi cerita atau kenangan yang positif.
 - 4) Membantu tindakan yang sedang dibutuhkan, contohnya mengatur pemakaman.
 - b. Setelah beberapa pekan berduka
 - 1) Perhatikan keadaan fisik dan emosional.
 - 2) Berikan ruang untuk berbicara, jika mereka mau bercerita.
 - 3) Menawarkan bantuan sederhana yang diperlukan.



Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 2.12

Memfasilitasi Proses Berduka dan Kehilangan

Tn. Y usia 50 tahun, dirawat di rumah sakit dengan diagnosis diabetes melitus tipe 2 disertai ulkus diabetikum pada kaki kanan. Dokter telah menjelaskan bahwa Tn. Y harus menjalani amputasi dari atas lutut untuk mencegah penyebaran infeksi. Saat kamu akan membantu membersihkan tempat tidur, Tn. Y tampak diam, menolak berbicara, dan memalingkan wajah. Ia berkata lirih, "Hidup saya sudah hancur, untuk apa saya hidup kalau kaki saya tidak ada lagi?"

1. Buat dialog dukungan psikososial yang akan diberikan kepada Tn. Y!
2. Praktikkan secara bergantian dengan teman sebangkumu!
3. Mintalah pendidik untuk mendampingi.

G. Perawatan Pasien Menjelang Ajal dan Pasien Meninggal Dunia

Ayo amati!

Aktivitas 2.13

Kondisi Menjelang Ajal

Apakah kalian pernah melihat atau mendampingi seseorang yang sakit dan menjelang ajal? Bagaimana perasaan kalian saat itu? Ayo amati, apa yang paling dibutuhkan klien menjelang ajal?

Kematian merupakan bagian akhir dari siklus kehidupan yang akan terjadi pada manusia. Merawat klien menjelang ajal dan klien meninggal dunia adalah tugas yang harus dilakukan dengan penuh rasa empati dan tanggung jawab. Layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* memiliki peran penting untuk memastikan kenyamanan klien pada waktu terakhir kehidupannya. Kalian dapat memulainya dengan menyimak materi ini!

1. Konsep Kematian

Menjelang ajal merupakan kondisi yang sudah mencapai terminal dan mengalami penurunan fisik serta mengarah kepada kematian. Kematian adalah kejadian alami yang ditandai dengan berhentinya seluruh fungsi biologis di dalam tubuh (Stein & Hollen, 2023). Tanatologi merupakan ilmu yang mempelajari kematian dan perubahan yang terjadi setelah kematian. Menurut Senduk, E. A., et al. (2013), dalam tanatologi dikenal beberapa istilah kematian.



- a. Mati somatik (klinis): terjadi ketika berhentinya fungsi susunan saraf pusat, sistem kardiovaskuler, dan sistem pernapasan. Secara klinis tidak ditemukan refleks-refleks, hasil EKG dan EEG mendatar, nadi tidak teraba, denyut jantung tidak terdengar, tidak ada gerak pernapasan, dan suara pernapasan tidak terdengar saat pemeriksaan auskultasi.
- b. Mati batang otak: terjadi kerusakan pada seluruh isi neuronal intrakranial yang ireversibel, termasuk batang otak dan serebelum.
- c. Mati suri: terhentinya tiga sistem kehidupan (susunan saraf pusat, kardiovaskuler, dan respirasi) yang ditentukan dengan alat kedokteran sederhana. Namun saat dibuktikan dengan alat kedokteran yang lebih canggih, ketiga sistem tersebut masih berfungsi.
- d. Mati seluler (mati molekuler): kematian jaringan dan organ yang timbul beberapa saat setelah kematian somatik
- e. Mati serebral: kerusakan kedua hemisfer otak yang irreversibel, kecuali batang otak dan serebelum, sedangkan sistem pernapasan dan kardiovaskuler masih berfungsi dengan alat bantu.

Kematian dibagi menjadi dua fase, yaitu sebagai berikut.

- a. Kematian somatik (*somatic death*): fase kematian yang tidak didapati tanda-tanda kehidupan seperti denyut jantung, gerakan pernapasan, suhu badan menurun, tidak ada aktivitas listrik pada jantung yang ditunjukkan pada rekaman EKG, dan tidak aktivitas listrik pada otak yang ditunjukkan pada rekaman EEG.
- b. Kematian biologik (*biological death*): kematian sel yang terjadi setelah dua jam kematian somatik.

2. Tanda-Tanda Kematian

Penentuan kematian seseorang dapat dikenali dari tanda kematian yang muncul, serta perubahan lanjut setelah kematian (Parinduri, 2022). Berikut tanda-tanda kematian.

a. Tanda-Tanda Kematian Somatik

- 1) Pernapasan berhenti.
- 2) Sirkulasi berhenti (nadi karotis tidak teraba).
- 3) Tonus otot menghilang dan relaksasi.
- 4) Pembuluh darah pada retina mengalami segmentasi.
- 5) Refleks cahaya dan kornea hilang. Kornea mengering dan menimbulkan kekeruhan.
- 6) Kulit pucat.

b. Tanda-Tanda Kematian Biologik

- 1) Penurunan temperatur tubuh: terjadi karena terhentinya metabolisme dan ketiadaan oksigen di dalam tubuh.



- 2) Lebam mayat (*livor mortis*): tubuh mayat mengalami perubahan warna, akibat darah yang mengumpul pada jaringan kulit, disertai pelebaran pembuluh darah kapiler. Keadaan ini berupa warna ungu kemerahan.
- 3) Kaku mayat (*rigor mortis*): tubuh mayat mengalami kekakuan, karena proses biokimiawi.
- 4) Proses pembusukan: terjadi pemecahan protein kompleks, menjadi protein sederhana disertai timbulnya gas-gas pembusukan yang bau, dan perubahan warna.
- 5) *Adipocere*: fenomena yang terjadi pada mayat yang tidak mengalami proses pembusukan, melainkan mengalami perubahan seperti lilin yang lunak, licin, dan berwarna.
- 6) Mumifikasi: mayat mengalami pengawetan akibat proses pengeringan dan penyusutan bagian-bagian tubuh.

Pemeriksaan sederhana yang dapat dilakukan untuk memastikan kematian meliputi berikut ini.

- a. Sirkulasi darah: tekan ujung kuku. Pada orang yang meninggal, kuku yang ditekan akan pucat.
- b. Pernapasan: lakukan *mirror test*, yaitu meletakkan cermin pada rongga hidung. Orang yang sudah meninggal tidak tampak hasil penguapan pernapasan, tidak terlihat adanya kabut pada cermin.
- c. Fungsi sensorik dan motorik: cek refleks pupil dan refleks cahaya pada mata.

3. Peran Perawat dalam Perawatan Meninggal Dunia

Perawat memiliki peran penting bagi keluarga dan klien menjelang ajal. Perawatan dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup sebelum meninggal (Darwis & Syaipuddin, 2022). Peran perawat pada perawatan klien menjelang ajal dan meninggal dunia, meliputi berikut ini.

a. Perawatan Menjelang Kematian

- 1) Membantu mengontrol rasa nyeri.
- 2) Membantu mengurangi rasa takut terhadap gejala yang timbul.
- 3) Membantu pemberian terapi yang telah dijadwalkan.
- 4) Membantu pemenuhan kebutuhan dasar, seperti kebutuhan *personal hygiene*, menghadirkan keluarga terdekat, membantu makan dan minum.

b. Perawatan Setelah Kematian

- 1) Melakukan perawatan jenazah dengan benar.
- 2) Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk melihat jenazah.
- 3) Menghormati nilai-nilai budaya dan spiritual yang dianut oleh klien dan keluarga.
- 4) Memberikan pendampingan kepada keluarga.
- 5) Membantu dalam proses berduka keluarga.





Gambar 2.6 Perawatan Jenazah

4. Prosedur Perawatan Jenazah

Perawatan jenazah dilakukan untuk memberikan penghormatan terakhir dan menjaga kebersihan jenazah sebelum diserahkan kepada pihak keluarga (Murtiningsih, 2022). Berikut prosedur perawatan jenazah.

Tabel 2.2 Prosedur Perawatan Jenazah

No.	Tindakan
1.	Identifikasi identitas jenazah.
2.	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada keluarga.
3.	Siapkan alat dan bahan. a. Sarung tangan b. Apron c. Kain penutup jenazah d. Perban e. Kasa lembap f. Kapas lembap g. Waslap h. Bengkok
4.	Mencuci tangan.
5.	Gunakan sarung tangan dan apron.



No.	Tindakan
6.	Posisikan jenazah terlentang.
7.	Berikan kesempatan kepada keluarga, jika ada yang ingin terlibat dalam perawatan jenazah.
8.	Lepaskan alat-alat medis yang terpasang (infus, NGT, kateter, dan lain-lain).
9.	Lepaskan barang-barang pribadi jenazah (perhiasan, jam tangan, dan lain-lain).
10.	Serahkan barang-barang pribadi jenazah kepada keluarga.
11.	Basuh dan bersihkan jenazah menggunakan waslap basah, pada mata, lubang hidung mulut, dan permukaan tubuh jenazah.
12.	Rapatkan kelopak mata jenazah dan tutup dengan kasa lembap.
13.	Rapatkan mulut jenazah dengan mengikat dagu melingkari kepala menggunakan perban.
14.	Posisikan tangan jenazah sesuai agama jenazah.
15.	Rapatkan kedua kaki. Ikat kaki dan kedua ibu jari kaki kanan dan kiri menggunakan perban.
16.	Tutup jenazah menggunakan kain penutup.
17.	Lepas sarung tangan dan apron.
18.	Cuci tangan.
19.	Lapor kepada keluarga, beri dukungan emosional kepada keluarga, serta hormati nilai-nilai budaya, dan spiritual yang dianut oleh klien dan keluarga.
20.	Dokumentasikan prosedur ke dalam catatan keperawatan.



Suplemen

Perawatan Jenazah merupakan tindakan kompetensi yang dilakukan setelah klien meninggal dunia. Kalian dapat melihat prosedur tindakannya pada tautan <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/avbbj1> atau pindai kode QR di samping!



Sumber: Direktorat SMK, 2021





Ayo Lakukan!

Aktivitas 2.14 Tindakan Perawatan Jenazah

Tn. K usia 65 tahun telah dinyatakan meninggal dunia oleh dokter di ruang rawat inap. Tn. K memiliki riwayat penyakit jantung. Keluarga mengatakan klien beragama Islam. Kamu akan bertugas melakukan perawatan jenazah sebelum jenazah diberikan kepada keluarga.

1. Bentuk kelompok yang terdiri atas 3 orang (klien, keluarga, dan perawat).
2. Lakukan tindakan perawatan jenazah dan komunikasi kepada keluarga, lalu dokumentasikan ke dalam bentuk video.
3. Hasil video dipresentasikan saat diskusi kelas.

ASESMEN SUMATIF 1

A. Berikan tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang benar!

1. Nn. A usia 19 tahun dirawat di rumah sakit karena kecelakaan motor. Selama dirawat, ia tidak dijenguk oleh teman-temannya. Ia tampak murung dan enggan berbicara dengan perawat. Ia sering menatap foto teman-temannya di ponsel. Saat perawat mengajak berbicara, ia berkata, “Mungkin teman-teman sudah tidak mau lagi berteman dengan saya, karena saya tidak bisa berjalan secara normal lagi.”

Dari kondisi dan situasi di atas, masalah yang menjadi gangguan pemenuhan kebutuhan psikologis dan sosial pada Nn. A adalah

- a. ansietas
 - b. harga diri rendah
 - c. risiko bunuh diri
 - d. risiko perilaku kekerasan
 - e. isolasi sosial
2. Tn. R usia 78 tahun tinggal di rumahnya seorang diri. Saat petugas puskesmas datang ke rumahnya untuk kunjungan, Tn. R mengeluh merasa kesepian karena anak-anaknya jarang berkunjung setelah istrinya meninggal. Ia lebih banyak diam di rumah dan tidak mau mengikuti kegiatan sosial di lingkungan rumahnya. Masalah yang dialami Tn. R adalah ...
- a. masalah fisik
 - b. perubahan psikososial



- c. masalah kognitif
 - d. perubahan mental
 - e. perubahan spiritual
3. Ny. L usia 35 tahun, dirawat dari 3 hari yang lalu setelah mendapatkan operasi apendiktomi. Dalam prosedur perawatan luka, perawat perlu mengkaji kondisi luka. Pengkajian kondisi luka meliputi ...
- a. penyebab terjadinya luka
 - b. warna dasar dan eksudat (jumlah, jenis, kekentalan, dan bau)
 - c. kesadaran
 - d. tanda-tanda vital
 - e. asupan nutrisi klien
4. Ny. L usia 30 tahun baru saja kehilangan suaminya. Ia tampak menarik diri dari kegiatan sosial. Ny. L berkata, “Sepertinya Tuhan sudah tidak mendengar doa saya”. Berdasarkan pernyataan tersebut, Ny. L mengalami ...
- a. gangguan kognitif
 - b. distress spiritual karena kehilangan orang terdekat
 - c. gangguan afektif
 - d. disorientasi
 - e. gangguan kepribadian
5. Jika kamu menemukan kasus seperti Ny. L (soal nomor 4), tindakan yang sesuai untuk membantu klien tersebut adalah ...
- a. menyarankan menjalani pengobatan
 - b. memberikan ruang bagi klien untuk mengekspresikan perasaan dan mendengarkan tanpa menghakimi
 - c. memberikan edukasi gizi seimbang
 - d. menyediakan fasilitas rekreasi
 - e. memberikan rujukan untuk mengunjungi psikiater

B. Berikan tanda silang (X) pada jawaban yang benar. Kamu dapat memilih lebih dari satu jawaban!

1. Tn. B usia 45 tahun, ditemukan terbaring di lantai rumahnya. Keluarga membawa klien ke IGD rumah sakit. Setibanya di IGD perawat melakukan pemeriksaan kesadaran. Saat diperiksa, klien tidak membuka mata secara spontan dan tidak menjawab saat diajak bicara. Ketika perawat menyentuh bahunya dengan sedikit tekanan, klien mengerang dan menggerakkan sedikit tubuhnya. Berdasarkan skala AVPU, hasil tingkat respon klien adalah
- a. klien dalam kondisi *alert*



- b. klien menunjukkan respon terhadap rangsangan verbal
 - c. klien menunjukkan respon terhadap rangsangan nyeri
 - d. klien termasuk ke dalam kategori *unresponsive*
 - e. skala AVPU menunjukkan tingkat *pain*, karena tidak memberi respon rangsangan verbal
2. Tn. K usia 35 tahun, kehilangan istrinya karena penyakit kanker. Dua tahun setelah kematian istrinya, ia masih menolak membuang barang-barang milik istrinya. Setiap malam ia berbicara dengan foto istrinya dan menolak diajak bersosialisasi. Ia berkata, "Saya tidak dapat hidup tanpa istri saya. Saya lebih baik sendiri." Dari kasus tersebut, pernyataan yang benar adalah
- a. Tn. K mengalami *anticipatory grief*
 - b. Tn. K mengalami *complicated/dysfunctional grief*
 - c. Tn. K masih dalam tahap *normal grief*
 - d. perilaku menunjukkan adanya hambatan dalam menyelesaikan proses berduka
 - e. bentuk duka Tn. K perlu perhatian tenaga profesional
3. Ny. K usia 35 tahun baru saja didiagnosis menderita kanker stadium akhir oleh dokter. Ia menolak hasil diagnosis dan berkata, "Tidak mungkin! Saya merasa sehat selama ini." Beberapa hari kemudian, ia marah-marah dan menyalahkan keluarganya karena tidak peduli terhadap gejala yang dialami. Setelah itu, ia tampak murung dan sering menyendiri. Setelah 1 bulan, ia mulai aktif berdiskusi tentang rencana pengobatan dan dapat menjalani sisa hidup dengan tenang. Semua proses berduka yang dialami Ny. K sesuai model Kubler Ross adalah
- a. denial
 - b. anger
 - c. bargaining
 - d. depression
 - e. acceptance
4. Enam jam yang lalu, seorang klien dinyatakan meninggal dunia di ruang rawat inap. Ketika perawat melakukan perawatan jenazah, ditemukan tubuh terasa kaku terutama pada rahang dan ekstremitas. Kulit punggung tampak berwarna ungu kemerahan dan suhu tubuh jenazah sudah sangat dingin saat disentuh. Tanda kematian biologik yang muncul pada kasus meliputi
- a. penurunan suhu tubuh
 - b. *livor mortis* (lebam mayat)
 - c. *rigor mortis* (kaku mayat)
 - d. adiposera
 - e. mumifikasi
5. Kamu bertugas melakukan perawatan jenazah sesuai prosedur. Sebelum jenazah diberikan kepada keluarga, urutan tindakan yang harus dilakukan adalah



- a. cuci tangan dan menggunakan alat pelindung diri
- b. pakaikan jenazah pakaian yang bersih
- c. lepaskan alat medis yang masih terpasang
- d. bersihkan wajah dan permukaan tubuh menggunakan waslap basah
- e. tutup jenazah dengan kain penutup tubuh

C. Kerjakan soal di bawah ini dengan benar!

1. An. K usia 15 tahun menjalani kemoterapi karena mengalami kanker. Selama kemoterapi, perawat melihat An. K tampak murung dan jarang berbicara. Ketika perawat mengajak bicara, ia mengatakan takut teman-temannya tidak mau berteman lagi karena ia mengidap kanker. Jelaskan hubungan antara kebutuhan psikologis dan sosial dengan proses penyembuhan An. K!
2. Jika menemukan kasus seperti An. K (kasus pada nomor 1), bagaimana intervensi keperawatan yang akan kamu lakukan untuk mendukung psikologis dan sosial An. K serta mempercepat proses pemulihan An. K?
3. Saat praktik perawatan luka di laboratorium, seorang teman kalian membuka balutan luka tanpa menggunakan sarung tangan. Setelah itu, ia melanjutkan pembersihan luka dengan kasa. Jelaskan risiko yang dapat terjadi pada klien jika tindakan tersebut dilakukan di kehidupan nyata!
4. Ny. U usia 35 tahun, telah melakukan operasi *caesar* 7 hari yang lalu. Balutan luka Ny. U tampak sudah kotor, karena terkena cairan minuman saat minum. Keluarga Ny. U mengatakan tidak usah mengganti balutan luka tersebut, karena merasa masih aman. Jelaskan tindakan yang harus dilakukan perawat kepada Ny. U dan keluarganya!
5. Tn. L usia 68 tahun sedang menjalani masa pemulihan setelah mengalami *stroke* ringan 2 bulan yang lalu. Sekarang, ia sudah dapat berdiri walaupun belum stabil. Oleh karena itu, fisioterapis merekomendasikan latihan keseimbangan ringan. Jelaskan tujuan dari latihan keseimbangan pada lansia!
6. Sebagai calon tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving*, kalian perlu memahami penilaian kebutuhan spiritual klien. Masalah pemenuhan kebutuhan spiritual dapat dilihat dari tanda dan gejala yang muncul pada klien.
Jelaskan tanda dan gejala yang sering muncul pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan spiritual!
7. Spiritualitas klien berpengaruh terhadap imunitas, semangat hidup, dan motivasi dalam menjalani perawatan. Apakah kamu sudah siap memenuhi kebutuhan spiritual klien?
Analisislah dukungan spiritual yang akan kamu lakukan jika bertemu kasus klien distress spiritual!
8. Tn.B usia 67 tahun dilarikan ke IGD rumah sakit karena jatuh di kamar mandi dan tidak sadarkan diri. Saat tiba di IGD, perawat memanggil namanya dengan suara keras, tetapi tidak ada respon. Ketika perawat menepuk bahu Tn.B dan memanggil dengan suara keras, tetap tidak merespons. Selanjutnya, saat diberikan rangsangan nyeri pada tulang dada, Tn. B membuka mata sebentar dan menggerakkan tangan.



Berdasarkan kasus di atas, analisislah tingkat kesadaran Tn. B menggunakan metode AVPU!

9. Ny. W 60 tahun kehilangan suaminya karena serangan jantung. Setelah tiga hari kematian suaminya, Ny. W terlihat murung dan berulang kali berkata, “Saya masih merasa suami saya akan pulang nanti malam.” Ia menolak jika anak-anaknya ingin membereskan kamar suaminya.

Dari kondisi dan situasi di atas, analisislah tahap berduka yang sedang dialami oleh Ny.W!

10. Tn. A 70 tahun meninggal dunia di ruang perawatan karena gagal napas. Keluarga terlihat berduka dan meminta waktu sejenak untuk melihat dan mendampingi klien meninggal sebelum dilakukan perawatan jenazah. Beberapa alat medis masih terpasang di tubuh klien, seperti infus, kateter, dan oksigen.

Dari kasus di atas, analisislah 5 langkah kerja perawatan jenazah yang harus dilakukan!



Pengayaan

Tahukah kalian, perawatan menjelang ajal disebut juga dengan perawatan paliatif? Perawatan paliatif bertujuan untuk mengurangi penderitaan klien, meningkatkan kualitas hidup, dan memberikan dukungan kepada keluarga.

Tenaga kesehatan harus memiliki sikap empati, menganggap klien sebagai individu yang unik, serta harus mempertimbangan dan menghormati faktor-faktor etnis, ras, agama, dan budaya (Sofia, A, N., 2019).

Kunjungi tautan <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/qusrht> atau pindai kode QR di samping, agar kalian mengetahui pendekatan perawatan paliatif!



Refleksi bab 2

Setelah mempelajari bab ini, jawablah pertanyaan singkat di bawah ini!

1. Apa hal baru yang kamu dapatkan setelah mendapatkan materi?
2. Apa kesulitan yang ditemukan dalam mempelajari materi?
3. Apa yang kamu rasakan setelah mendapatkan pembelajaran?
4. Apa yang akan kamu lakukan ke depannya setelah mendapatkan pembelajaran?

Buatlah video reel dari jawaban-jawaban refleksi pembelajaran bab ini. Video dapat dilengkapi dengan dokumentasi selama pembelajaran bab 2. Unggah videomu di media sosial kelas dan laporkan hasilnya kepada pendidik pengampu.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DASAR DAN MENENGAH
REPUBLIK INDONESIA, 2025

Layanan Penunjang Keperawatan dan *Caregiving* untuk SMK/MAK Kelas XII

Penulis : Nurelah dan Ismailah Alam
ISBN : 978-634-00-3333-5 (jil-2 PDF)

Bab
3

Keterampilan Dasar Layanan Penunjang Keperawatan dan *Caregiving*



“

Apa yang akan kamu lakukan sebagai tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* jika bertemu klien dengan kasus pada gambar?

”



Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini secara kritis, kamu diharapkan mampu menerapkan keterampilan dasar layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* secara mandiri.



Kata Kunci

- Keperawatan Noninvasif
- Relaksasi Napas Dalam
- Fisioterapi Dada (Batuk Efektif)
- Kompres
- Pemberian Obat
- Pertolongan Pertama pada Kegawatdaruratan
- Perawatan Disabilitas



Peta Materi/Peta Konsep



Soft Skills yang Dikembangkan

Bernalar kritis, Komunikasi, Kreatif, dan Mandiri

Penafian!

Tujuan pembelajaran dalam bab 3 disesuaikan dengan kebutuhan sekolah dan kebutuhan dunia industri.





Bagaimana pengalamanmu setelah belajar keterampilan dasar tindakan keperawatan dan *caregiving* di kelas XI? Pada saat praktik tentunya ada yang harus benar-benar kamu perhatikan ketika melakukan tindakan terhadap klien? Pertahankan keterampilan tersebut! Pada materi berikutnya di kelas XII, kamu akan melakukan keterampilan tindakan noninvasif (relaksasi, fisioterapi dada, dan kompres), pemberian obat, pertolongan pertama pada kegawatdaruratan, serta perawatan disabilitas.

A. Keperawatan Noninvasif

Sebelum mempelajari materi keperawatan noninvasif, ayo kerjakan aktivitas berikut.



Ayo Pahami!

Aktivitas 3.1

Tentunya kamu masih ingat materi kebutuhan dasar manusia di kelas XI tentang relaksasi napas dalam, batuk efektif, dan fisioterapi dada. Dalam materi tersebut telah dijelaskan cara relaksasi napas dalam, batuk efektif, dan fisioterapi dada. Ayo baca dan pahami kembali materi di kelas XI tersebut, karena akan menjadi bekal buatmu dalam melakukan praktik keperawatan noninvasif di kelas XII ini.

Menurut *Potter & Perry* (2024), perawatan noninvasif dapat dipahami sebagai pendekatan yang tidak melibatkan tindakan medis yang menembus kulit atau tubuh melalui sayatan, suntikan, atau prosedur bedah lainnya. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan klien dengan meminimalkan risiko dan komplikasi yang terkait dengan prosedur invasif.

Berikut jenis keperawatan noninvasif, persiapan alat dan bahan, serta prosedur tindakan keperawatan noninvasif.

1. Prosedur Relaksasi Napas Dalam

Di kelas sebelumnya, kamu telah mempelajari mengenai napas dalam, sekarang ayo pelajari lebih lanjut dengan mengerjakan aktivitas berikut terlebih dahulu.





Ayo amati!

Aktivitas 3.2

1. Tontonlah video edukatif tentang teknik relaksasi napas dalam pada tautan atau kode QR di samping.
2. Buatlah rangkuman mengenai tujuan, manfaat, dan langkah-langkah melakukan relaksasi napas dalam.
3. Jawablah pertanyaan berikut secara lisan.
 - a. Apa itu relaksasi napas dalam?
 - b. Mengapa teknik ini penting dalam keperawatan noninvasif?



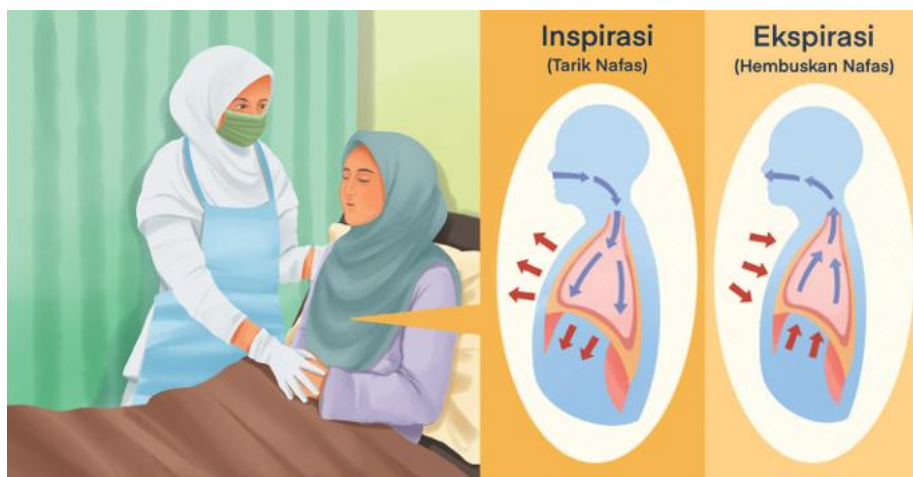
<https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/87pnlf>

(Sumber: Keperawatan Universitas Brawijaya)

Napas dalam dapat merangsang sistem saraf parasimpatis yang membantu tubuh rileks. Saraf parasimpatis bekerja menurunkan hormon stres seperti kortisol, sehingga membuat klien merasa lebih tenang. Napas dalam juga dapat membantu memperlambat detak jantung dan menurunkan tekanan darah, baik untuk kesehatan jantung dalam jangka panjang. Dengan melatih pernapasan dalam secara teratur, paru-paru menjadi lebih kuat dan efisien dalam menukar oksigen dan karbon dioksida. Asupan oksigen yang cukup ke otak membantu meningkatkan fokus, kejernihan mental, dan fungsi kognitif secara keseluruhan.

a. Pengertian

Relaksasi napas dalam adalah pernapasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata. Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Latihan pernapasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernapasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot. (Kemenkes, 2022).



Gambar 3.1 Relaksasi Napas Dalam

b. Tujuan

Tujuan Latihan napas dalam adalah sebagai berikut.

- 1) Membantu mengatur dan mengefisienkan proses ventilasi paru, serta mengurangi beban kerja sistem pernapasan.
- 2) Mengoptimalkan ekspansi alveoli untuk mendukung pertukaran gas yang maksimal.
- 3) Mendorong relaksasi otot secara menyeluruh, terutama otot-otot yang berperan dalam pernapasan.
- 4) Meredakan kecemasan (ansietas) yang dapat memperburuk gangguan pernapasan.
- 5) Menghilangkan pola pernapasan yang tidak efektif, seperti penggunaan otot-otot aksesori yang tidak terkoordinasi, memperlambat laju napas, mengurangi udara yang terperangkap di paru, serta menurunkan beban kerja pernapasan (Suddarth & Brunner, 2022).

c. Indikasi

Indikasi Latihan napas dalam diberikan kepada klien.

- 1) Diberikan kepada klien yang mengalami gangguan sistem pernapasan, baik yang bersifat obstruktif maupun restriktif.
- 2) Direkomendasikan untuk klien yang sedang menjalani pemulihan pasca operasi pada area toraks (dada).
- 3) Metode relaksasi merupakan penggunaan teknik pernapasan secara sadar dan terkontrol untuk membantu tubuh dan pikiran menjadi lebih rileks.

d. Persiapan Alat dan Bahan

- 1) APD (sarung tangan bersih, masker, dan celemek)
- 2) Buku catatan dan alat tulis

e. Cara Kerja

- 1) Jelaskan prosedur pada klien atau keluarga klien.
- 2) Jaga privasi klien.
- 3) Cuci tangan.
- 4) Memakai APD.
- 5) Minta klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut.
- 6) Latih klien melakukan napas perut (tarik napas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga agar mulut tetap tertutup).
- 7) Minta klien merasakan perutnya mengembang (cegah lengkung pada punggung).
- 8) Minta klien menahan napas hingga 3 hitungan.
- 9) Minta klien untuk menghembuskan napas secara perlahan-lahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup).



- 10) Minta klien merasakan mengempisnya perut dan kontraksi otot.
- 11) Rapikan klien.
- 12) Cuci tangan.
- 13) Dokumentasi Tindakan.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.3

Bacalah kasus berikut!

Seorang klien laki-laki usia 52 tahun, baru saja menjalani operasi hernia. Saat ini klien berada dalam tahap pemulihan di ruang rawat inap. Klien tampak cemas, mengeluh napas terasa tidak nyaman meskipun saturasi oksigen masih dalam batas normal (96%). Ia tampak gelisah dan mengaku sulit tidur. Pemeriksaan menunjukkan tidak ada komplikasi pascaoperasi. Sebagai tenaga penunjang keperawatan dan *caregiving*, kamu diminta untuk memberikan tindakan noninvasif untuk membantu mengurangi ketegangan dan memperbaiki pola napas klien.

1. Buatlah kelompok beranggotakan 2-3 orang .
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan relaksasi napas dalam pada kasus di atas.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan praktik relaksasi napas dalam secara berpasangan.

2. Pertolongan Fisioterapi Dada (Batuk Efektif)

Batuk efektif merupakan batuk yang diinstruksikan secara terkontrol dan keras. Batuk efektif membantu mengeluarkan sekret dari jalan napas. Ayo kerjakan aktivitas berikut sebelum kalian mempelajari cara membantu klien melakukan batuk efektif .



Ayo amati

Aktivitas 3.4

1. Amati video latihan batuk efektif pada tautan atau kode QR di samping.
2. Jelaskan prosedur tindakan yang benar setelah melihat video tersebut!
3. Mengapa tindakan tersebut harus dilakukan?
4. Kemukakan pendapatmu mengenai isi video tersebut!



<https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/abiyjv>

Sumber: Urindo PR13



a. Pengertian

Latihan batuk efektif yaitu melatih klien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk mengeluarkan dahak dengan efektif dan mudah pada klien asma, untuk membersihkan laring, trakea dan bronkiolus dari sekret atau benda asing di jalan napas (Suprayitna et. al., 2022). Latihan batuk efektif yang baik dan benar dapat mempercepat pengeluaran dahak pada klien dengan gangguan saluran pernapasan.



Gambar 3.2 Pertolongan Batuk Efektif

b. Tujuan

Tujuan latihan batuk efektif antara lain sebagai berikut.

- 1) Membersihkan saluran napas dari lendir yang menumpuk.
- 2) Membantu mengeluarkan dahak yang diperlukan untuk pemeriksaan laboratorium.
- 3) Meredakan sesak napas yang disebabkan oleh penumpukan *sekret* di saluran pernapasan.

c. Indikasi Latihan batuk efektif

Latihan batuk efektif dibutuhkan oleh klien dengan kondisi berikut.

- 1) Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK)
Gangguan pernapasan kronis yang disertai dengan penyempitan saluran napas secara bertahap, seperti pada bronkitis kronik dan emfisema.
- 2) Emfisema
Pelebaran saluran napas kecil di paru yang disertai kerusakan alveoli, sehingga pertukaran udara terganggu.



- 3) Fibrosis Paru
Terbentuknya jaringan parut di paru yang membuat alveoli menebal dan kaku, sehingga oksigen sulit masuk ke dalam darah.
- 4) Asma
Peradangan saluran napas yang menyebabkan penyempitan dan reaksi berlebihan terhadap rangsangan, seperti debu atau udara dingin.
- 5) Klien Tirah Baring atau Pascaoperasi
Klien tirah baring atau baru menjalani operasi berisiko mengalami penumpukan lendir karena kurangnya aktivitas pernapasan dalam.

d. Kontra Indikasi

Latihan batuk efektif tidak disarankan dilakukan pada klien dengan kondisi berikut.

- 1) Pneumotoraks yang tegang, yaitu udara terperangkap di rongga pleura dan menekan paru secara signifikan.
- 2) Hemoptisis, yaitu batuk berdarah yang menunjukkan adanya perdarahan aktif di saluran pernapasan.
- 3) Masalah kardiovaskular, seperti tekanan darah rendah (hipotensi), tekanan darah tinggi (hipertensi), serangan jantung akut (*infark miokard*), dan gangguan irama jantung (aritmia).
- 4) Edema paru, yaitu penumpukan cairan di paru-paru yang menyebabkan gangguan pernapasan berat.
- 5) Efusi pleura masif, yaitu penumpukan cairan dalam jumlah banyak di rongga pleura yang menekan paru dan mengganggu fungsi pernapasan.

e. Persiapan Alat dan Bahan

- 1) Pot dahak berisi disinfektan
- 2) Kertas tisu
- 3) Bengkok
- 4) Perlak/alas
- 5) Sarung tangan
- 6) Air minum hangat
- 7) Buku catatan dan alat tulis

f. Cara Kerja

- 1) Menjaga privasi klien.
- 2) Jelaskan prosedur pada klien/keluarga klien.
- 3) Cuci tangan dan pasang sarung tangan.
- 4) Minta klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut.



- 5) Latih klien melakukan napas perut (menarik napas dalam melalui hidung).
- 6) Minta klien merasakan perutnya mengembang (cegah lengkung pada punggung).
- 7) Minta klien menahan napas hingga tiga hitungan.
- 8) Minta klien menghembuskan napas perlahan-lahan melalui mulut dalam tiga hitungan (bibir seperti meniup).
- 9) Minta klien merasakan perut mengempis dan kontraksi dari otot.
- 10) Pasang pernak/alas dan bengkok (di paha klien jika duduk atau di dekat mulut jika tidur miring).
- 11) Minta klien untuk melakukan napas dalam sebanyak 2 kali. Pada napas dalam yang ketiga: inspirasi, tahan napas, dan batukkan dengan kuat.
- 12) Tampung lendir di dalam pot dahak.
- 13) Bersihkan mulut dan hidung dengan tisu.
- 14) Berikan air minum hangat kepada klien setelah prosedur dilakukan dan rapikan klien.
- 15) Cuci tangan.
- 16) Evaluasi perasaan klien pasca batuk efektif.
- 17) Anjurkan klien mempraktikkan batuk efektif mandiri atau bersama keluarga.
- 18) Dokumentasi Tindakan (konsistensi dahak, warna, dan jumlah)



Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.5

Pelajari kasus berikut!

Tn. A usia 58 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis penyakit paru obstruktif kronik (PPOK). Saat dikunjungi pagi hari, klien mengeluh sulit mengeluarkan dahak, napas terasa tidak lega, dan tampak gelisah. Saturasi oksigen 95%, namun klien terlihat menggunakan otot bantu pernapasan. Pemeriksaan menunjukkan penumpukan sekret di saluran napas. Sebagai tenaga kesehatan yang sedang praktik, kamu diminta untuk memberikan tindakan keperawatan noninvasif untuk membantu klien mengatasi kesulitan pernapasan dan mengeluarkan lendir secara efektif.

1. Buatlah kelompok beranggotakan 2-3 orang.
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan latihan batuk efektif pada kasus di atas.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan praktik latihan batuk efektif secara berpasangan.
6. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.



3. Prosedur Pemasangan Buli-Buli Panas

Ayo amati video berikut (pada menit ke 5:34) dan kerjakan aktivitas 3.6 sebelum kamu memulai pembelajaran.



<https://buku.kemdikbud.go.id/s/pirjaz>

Sumber: Nursing Universitas Muhammadiyah Yogyakarta



Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.6

1. Setelah kamu mengamati video pemasangan buli-buli panas pada tautan dan kode QR di atas, jelaskan prosedur tindakan yang benar berdasarkan video tersebut?
2. Apakah kamu (terutama perempuan) pernah mengalami sakit daerah perut saat haid?
3. Apa yang kamu lakukan? Apakah dikompres air hangat dalam botol bekas air mineral?
4. Bagaimana perasaanmu setelah dikompres menggunakan botol air hangat tersebut?

Pemasangan buli-buli panas membantu melebarkan pembuluh darah (vasodilatasi), sehingga aliran darah ke area yang diterapi meningkat. Hal ini mempercepat proses penyembuhan jaringan yang cedera atau nyeri. Efek hangat menciptakan rasa nyaman dan rileks, bermanfaat untuk klien dengan kecemasan atau gangguan tidur ringan.



Gambar 3.3 Pemasangan Buli-Buli Panas



a. Pengertian

Pemasangan buli-buli panas adalah tindakan memberikan stimulasi kulit dan jaringan untuk mengurangi nyeri, spasme otot, dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan panas. (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia 2022).

b. Tujuan

Berikut tujuan pemasangan buli-buli panas.

- 1) Meningkatkan aliran darah dengan cara melebarkan pembuluh darah, sehingga oksigen dan nutrisi dapat disalurkan lebih efektif ke jaringan tubuh.
- 2) Mengurangi rasa nyeri melalui efek relaksasi otot dan stimulasi reseptor nonnyeri yang dapat mengalihkan persepsi rasa sakit.
- 3) Merangsang peristaltik usus untuk membantu proses pencernaan dan mengurangi keluhan seperti perut kembung.

c. Indikasi

Indikasi pemasangan buli-buli panas.

- 1) Demam kejang otot (spasmus): Kondisi ketika otot mengalami kejang atau kontraksi yang tidak terkendali, menyebabkan rasa sakit dan ketegangan.
- 2) Perut kembung: Terjadinya penumpukan gas dalam saluran pencernaan, menyebabkan perut terasa penuh, tegang, dan tidak nyaman.
- 3) Kedinginan: Kondisi tubuh yang mengalami penurunan suhu, disebabkan oleh faktor lingkungan yang dingin, atau efek samping obat bius (narkose).

d. Persiapan Alat dan Bahan

- 1) *Warm water zak* (WWZ) dan sarungnya
- 2) Perlak dan alasnya
- 3) Termos berisi air panas
- 4) Lap kerja
- 5) Sarung tangan
- 6) Buku catatan dan alat tulis

e. Cara Kerja

- 1) Jelaskan prosedur pada klien.
- 2) Jaga privasi klien.
- 3) Atur klien dalam posisi senyaman mungkin.
- 4) Cuci tangan dan pasang sarung tangan.



- 5) Isi WWZ dengan air panas 1/2-3/4 (saat mengisi air, WWZ diletakkan rata dengan kepala, WWZ ditekuk hingga permukaan air terlihat agar udara tidak masuk).
- 6) Tutup dengan rapat dan balikkan kepala WWZ ke bawah untuk meyakinkan bahwa air tidak tumpah.
- 7) Keringkan WWZ dengan lap kerja agar tidak basah lalu bungkus dengan sarung WWZ.
- 8) Letakkan pengalas di bawah area yang akan dipasang WWZ.
- 9) Letakkan WWZ pada bagian tubuh yang akan dikompres dengan kepala WWZ mengarah ke luar tempat tidur.
- 10) Pantau respon klien (durasi dan penurunan skala nyeri setelah diberikan terapi bulu-buli panas)
- 11) Rapikan klien.
- 12) Rapikan alat.
- 13) Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan.
- 14) Evaluasi dan dokumentasi Tindakan.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.7

Seorang pria berusia 45 tahun datang ke klinik dengan keluhan nyeri hebat di bagian perut kanan bawah sejak pagi. Nyeri terasa tajam dan semakin memburuk saat bergerak. Klien juga mengalami mual tanpa muntah dan tidak ada riwayat demam. Pemeriksaan fisik menunjukkan adanya nyeri tekan pada kuadran kanan bawah abdomen. Sebagai tenaga kesehatan yang sedang praktik, kamu diminta untuk memberikan tindakan keperawatan noninvasif untuk membantu klien mengatasi nyeri pada perut.

1. Buatlah kelompok beranggotakan 2-3 orang
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan pemasangan bulu-buli panas pada kasus di atas.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan praktik pemasangan bulu-buli panas secara berpasangan.
6. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.



4. Prosedur Pemasangan Kirbat Es

Ayo amati video berikut (pada menit ke 8:02) dan kerjakan aktivitas yang mengikutinya sebelum kamu memulai pembelajaran lebih lanjut.



<https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=8tyLv4u4DpY&t=414s>

Sumber: Nursing UMY (2021)



Ayo amati!

Aktivitas 3.8

1. Setelah mengamati video pada tautan atau kode QR di atas, jelaskan prosedur tindakan pemasangan kirbat es kepada klien yang benar ?
2. Pernahkan kamu mengalami sakit kepala? Apa yang kamu lakukan sebelum minum obat?
3. Jika di rumahmu tidak ada kirbat es, alat apa yang dapat kamu gunakan sebagai penggantinya?
4. Mengapa pemasangan kirbat es tersebut dilakukan?
5. Ceritakan apa yang kamu lakukan jika kamu sakit kepala!

Kirbat es (*cold compress* atau *ice bag*) adalah alat yang digunakan untuk memberikan terapi dingin pada bagian tubuh tertentu. Rasa dingin menyebabkan vasokonstriksi (penyempitan pembuluh darah), sehingga mengurangi aliran darah ke area yang cedera. Sensasi dingin dapat membantu mematikan sementara ujung saraf nyeri, sehingga membantu meredakan rasa sakit.



Gambar 3.4 Pemasangan Kirbat Es



a. Pengertian

Pemasangan kirbat es adalah tindakan keperawatan yang melibatkan pemberian kompres dingin lokal menggunakan kantong es atau bahan serupa untuk memberikan efek terapeutik pada tubuh.

b. Tujuan

Tujuan utama dari pemasangan kirbat es adalah sebagai berikut.

- 1) Mengurangi Nyeri.
- 2) Mengurangi Peradangan.
- 3) Mengurangi Bengkak (Edema).
- 4) Mengurangi Perdarahan.

c. Indikasi

- 1) Perdarahan lokal
- 2) Pascaoperasi
- 3) Nyeri sendi dan otot
- 4) Migrain

Untuk persiapan alat dan bahan serta cara kerja pemasangan kirbat es, dapat kamu pelajari pada tabel berikut.

Tabel 3.1 Prosedur Pemasangan Kirbat Es

Alat dan Bahan	Cara Kerja
1. Kirbat es dengan sarungnya 2. Perlak 3. Mangkuk berisi potongan es 4. Garam satu sendok teh 5. Lap kerja 6. Sarung tangan 7. Buku catatan dan alat tulis	1. Jelaskan prosedur pada klien. 2. Jaga privasi klien. 3. Atur klien dalam posisi nyaman mungkin. 4. Cuci tangan dan pasang sarung tangan. 5. Isi kirbat es dengan potongan es hingga 2/3 bagian dicampur dengan garam. 6. Keluarkan udara dan tutup kirbat es, pastikan tidak ada kebocoran. 7. Keringkan dengan lap kerja dan pasang sarung kirbat. 8. Letakkan perlak di bawah area yang dipasang kirbat. 9. Letakkan kirbat pada bagian tubuh yang dikompres, dengan kepala kirbat mengarah ke luar tempat tidur (lakukan minimal tiga kali sehari pada luka yang membengkak dan meradang selama 10 menit). 10. Pantau respons klien. 11. Rapikan klien. 12. Rapikan alat dan cuci tangan. 13. Evaluasi dan dokumentasi Tindakan.





Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.9

Seorang remaja berusia 17 tahun datang ke klinik dengan keluhan nyeri dan pembengkakan pada pergelangan kaki kanan setelah terjatuh saat bermain futsal. Klien tampak kesulitan untuk berjalan dan mengeluh nyeri saat pergelangan kaki disentuh. Sebagai tenaga kesehatan yang sedang praktik, kamu diminta untuk memberikan tindakan keperawatan noninvasif untuk membantu klien mengatasi rasa nyeri dan mengurangi pembengkakan pada kaki.

1. Buatlah kelompok beranggotakan 2-3 orang.
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan pemasangan kirbat es pada kasus di atas.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan praktik pemasangan kirbat es secara berpasangan.
6. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.

5. Prosedur Pemasangan Kompres Hangat Basah

Kompres hangat basah adalah salah satu bentuk terapi panas menggunakan kain yang direndam air hangat, kemudian ditempelkan ke bagian tubuh tertentu. Untuk mengetahui lebih lanjut mengenai teknik kompres hangat basah, ayo kerjakan aktivitas berikut.



Ayo amati

Aktivitas 3.10

1. Amati video pemasangan kompres hangat pada tautan atau kode QR di samping.
2. Bagaimana perasaan kamu setelah melihat video tersebut?
3. Sebelum minum obat, apa yang kamu lakukan ketika demam?
4. Jika tindakanmu adalah mengompres, di mana sebaiknya waslap diletakkan untuk mendapatkan hasil terbaik?



<https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/nyvnfp>

Sumber: Direktorat SMK
Kemendikdasmen



Metode kompres hangat basah sering digunakan dalam praktik keperawatan dan pengobatan di rumah karena mudah dilakukan dan efektif. Panas dari kompres merangsang vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah), meningkatkan aliran darah ke area yang dikompres, sehingga membantu mempercepat proses penyembuhan jaringan. Efek hangat dan lembap menimbulkan rasa nyaman, cocok untuk klien yang gelisah atau mengalami ketegangan fisik ringan.



Gambar 3.5 Pemasangan Kompres Hangat Basah

a. Pengertian

Kompres hangat adalah tindakan memberikan rasa hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi nyeri, mengurangi atau mencegah spasme otot, dan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu.

b. Tujuan

- 1) Memperlancar sirkulasi darah.
- 2) Mengurangi rasa sakit.
- 3) Memberikan rasa nyaman dan tenang.
- 4) Memperlancar pengeluaran eksudat.
- 5) Merangsang peristaltik usus.

c. Indikasi

- 1) Demam kejang otot (spasmus).
- 2) Klien yang mengalami radang, seperti radang persendian.
- 3) Kedinginan (akibat narkose, iklim, ketegangan, dan lain-lain).
- 4) Adanya abses/bengkak akibat suntikan.

d. Persiapan Alat dan Bahan

- 1) Waslap atau kain bersih
- 2) Baskom berisi air hangat (suhu $\pm 37-40^{\circ}\text{C}$)
- 3) Termometer air (untuk mengukur suhu air).
- 4) Perlak dan pengalas
- 5) Sarung tangan bersih
- 6) Buku catatan dan alat tulis



e. Cara Kerja

- 1) Jelaskan prosedur pada klien
- 2) Jaga privasi klien.
- 3) Dekatkan alat ke klien.
- 4) Atur posisi klien senyaman mungkin.
- 5) Cuci tangan dan pasang sarung tangan.
- 6) Pasang perlak dan pengalas di bawah area yang akan dikompres.
- 7) Celupkan waslap/kain ke dalam air hangat, lalu peras hingga air tidak menetes.
- 8) Tempelkan waslap/kain hangat pada tubuh yang akan dikompres (daerah dahi, leher, dada, ketiak, atau lipatan paha).
- 9) Ganti kompres setiap 5-10 menit atau jika kain sudah dingin.
- 10) Lakukan selama 15-30 menit sesuai kebutuhan dan respon klien.
- 11) Perhatikan reaksi kulit dan kenyamanan klien selama prosedur.
- 12) Lepaskan kompres, keringkan area tubuh yang dikompres dengan handuk kering.
- 13) Rapihan alat dan bahan.
- 14) Lepaskan sarung tangan.
- 15) Cuci tangan.
- 16) Dokumentasi tindakan.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.11

Pelajari kasus berikut dengan saksama.

Ny. S usia 40 tahun, sejak pagi hari mengeluh nyeri kepala hebat disertai pusing dan mual. Tekanan darah saat pemeriksaan adalah 170/110 mmHg. Sebagai tenaga kesehatan yang sedang praktik, kamu diminta untuk memberikan tindakan keperawatan noninvasif untuk membantu klien mengatasi rasa nyeri.

5. Buatlah kelompok beranggotakan 2-3 orang
6. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
7. Identifikasi indikasi dan tujuan pemasangan kompres hangat pada kasus di atas.
8. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
9. Lakukan praktik pemasangan kompres hangat secara berpasangan.
10. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.



6. Prosedur Pemasangan Kompres Dingin Basah

Kompres dingin basah adalah salah satu bentuk terapi fisik yang menggunakan kain bersih yang direndam dalam air dingin, lalu ditempelkan ke bagian tubuh tertentu. Teknologi alat dan bahan kompres dingin terus berkembang. Menurut Agung (2015) dalam penelitiannya tentang “Inovasi Penggunaan *Cold Pack* untuk Mengatasi Nyeri Pasca *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF)” menyimpulkan bahwa kompres dingin *cold pack* yang diberikan pada pasien fraktur lebih efektif menurunkan nyeri dibandingkan relaksasi napas dalam baik pada *post analgetik* I maupun *post analgetik* II. Untuk mengetahui teknik pengaplikasiannya lebih lanjut, ayo kerjakan aktivitas berikut.



Gambar 3.6 Pemasangan Kompres Dingin Basah

Aktivitas 3.12

1. Amati video demonstrasi pemasangan kompres dingin basah pada tautan atau kode QR di samping.
2. Setelah melihat video tersebut, apa yang kamu rasakan?
3. Apakah kamu pernah mengalami luka memar? Apa yang kamu lakukan?
4. Diskusikan dengan teman sebangkumu, alasan kompres dingin basah dapat meredakan nyeri pada luka memar!



<https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/k30am7>

Terapi kompres dingin basah umum digunakan dalam keperawatan dan pertolongan pertama karena sifatnya yang sederhana dan efektif. Kompres dingin menyebabkan vasokonstriksi (penyempitan pembuluh darah) yang membantu mengurangi pembengkakan dan peradangan, terutama setelah cedera ringan. Kompres dingin juga membantu mengurangi aliran darah lokal, sehingga berguna untuk mengontrol perdarahan ringan seperti mimisan.

a. Pengertian

Kompres dingin merupakan tindakan terapi dengan menempelkan waslap atau kain kasa yang telah direndam dalam air dingin atau air es pada area tubuh yang membutuhkan penanganan.

b. Tujuan

Mengurangi rasa nyeri, pembengkakan, dan peradangan pada area tubuh yang cedera atau meradang.

c. Indikasi

Indikasi kompres dingin sebagai berikut.

- 1) Klien dengan suhu tubuh yang tinggi.
- 2) Klien dengan perdarahan.
- 3) Terdapat radang atau memar.
- 4) Pascatonsilektomi .

d. Persiapan alat dan bahan

- 1) Baskom berisi air biasa/air es
- 2) Pengalas dan perlak
- 3) Waslap/kain kasa dengan ukuran sesuai kebutuhan
- 4) Buku catatan dan alat tulis

e. Cara Kerja

- 1) Jelaskan prosedur kepada klien.
- 2) Jaga privasi klien.
- 3) Dekatkan alat-alat ke klien.
- 4) Pasang sampiran.
- 5) Atur posisi klien senyaman mungkin.
- 6) Cuci tangan dan pasang APD.
- 7) Pasang pengalas dan perlak di bawah area yang akan dikompres.
- 8) Masukkan waslap ke dalam air biasa/air es dan peras hingga lembab.
- 9) Letakkan waslap tersebut pada area yang akan dikompres.



- 10) Gantilah waslap yang sudah mengering dengan waslap yang sudah terendam dalam air biasa atau air es. Ulangi terus sampai suhu tubuh menurun.
- 11) Rapikan klien.
- 12) Bersihkan dan rapikan alat-alat.
- 13) Cuci tangan.
- 14) Dokumentasi Tindakan.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.13

Tn. G, umur 35 tahun, datang ke klinik dengan keluhan nyeri pada area lutut setelah berolahraga. Sebagai tenaga kesehatan yang sedang praktik, kamu diminta untuk memberikan tindakan keperawatan noninvasif untuk membantu klien mengatasi rasa nyeri pada lutut.

1. Buatlah kelompok dengan 2-3 anggota.
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan pemasangan kompres dingin pada kasus di atas.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan praktik pemasangan kompres dingin secara berpasangan.
6. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.



Suplemen

Tahukah kamu penggunaan kompres hangat yang dilakukan selama 10-15 menit dengan temperatur air 30-32°C akan membantu menurunkan panas? Penurunan panas ini terjadi karena panas menguap melalui pori-pori kulit. Pemberian kompres hangat pada aksila (ketiak) lebih efektif karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler. Keuntungan dari hal tersebut adalah memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi, sehingga perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit delapan kali lebih cepat. Kunjungi tautan atau pindai kode QR di samping untuk menambah wawasanmu mengenai kompres hangat. <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/h2fgse>



Sumber: Jurnal Pustaka
Medika (2025)



B. Pemberian Obat

Apakah kamu masih ingat materi pemberian obat di kelas XI? Untuk mengukur seberapa banyak materi yang masih kamu ingat, ayo kerjakan aktivitas berikut.



Ayo Pahami!

Aktivitas 3.14

Dalam materi pemberian obat di kelas XI, telah dijelaskan tentang peran perawat dalam pemberian obat, prinsip 7 benar pemberian obat, dan rute pemberian obat. Ayo pelajari dan pahami kembali materi tersebut, karena akan menjadi dasar bagimu dalam melakukan praktik pemberian obat kepada klien di kelas XII ini.

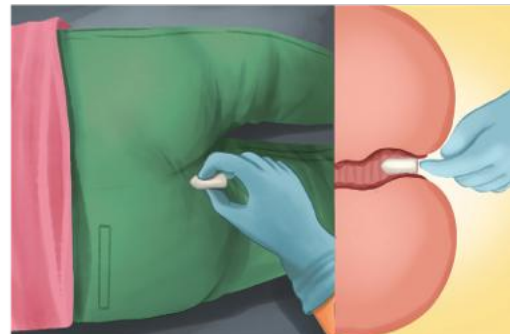
Pemberian obat merupakan salah satu tindakan penting dalam upaya pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menyembuhkan, meringankan, atau mencegah penyakit. Pemahaman yang baik mengenai cara, dosis, dan rute pemberian obat sangat penting untuk memastikan efektivitas terapi serta mencegah terjadinya efek samping atau kesalahan dalam pengobatan. Berikut standar operasional pemberian obat berdasarkan rute pemberian obat.

1. Pemberian Obat Secara Oral

Menurut Pimple et al. (2022), pemberian obat secara oral (PO) adalah cara pemberian obat yang nyaman, hemat biaya, tidak invasif, dan paling umum digunakan (60%). Obat masuk ke mulut dengan cara ditelan dan masuk ke lambung untuk diolah kemudian diserap di usus halus.

Tujuan pemberian obat secara oral antara lain sebagai berikut.

- Memberikan obat yang bekerja langsung pada area saluran pencernaan (efek lokal).



Gambar 3.7 Berbagai Rute Pemberian Obat



- b. Menghindari metode pemberian obat yang berisiko merusak jaringan atau kulit.
- c. Mencegah penggunaan cara pemberian obat yang bisa menimbulkan rasa nyeri pada klien.

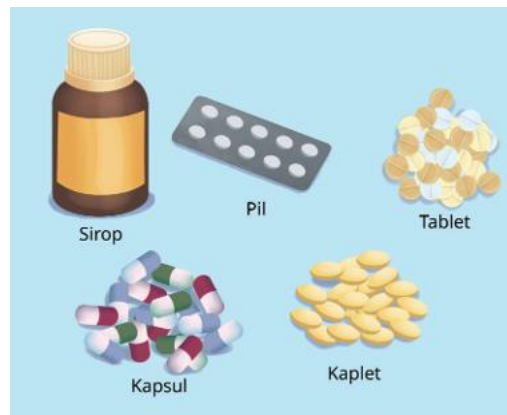


Gambar 3.8 Pemberian Obat Oral

Menurut Forsey (2023), jenis obat yang diberikan secara oral, meliputi tablet salut enterik, tablet kunyah, kapsul, sirup, cairan oral, suspensi, eliksir, emulsi, serta sediaan dengan pelepasan berkelanjutan seperti *sustained-release* dan *long-acting drug*. Obat-obat *sustained-release* dan *long acting drug*, tidak boleh direkayasa atau diubah dari bentuk aslinya, karena dapat memengaruhi efektivitas dan cara kerja obat di dalam tubuh.

a. Persiapan alat dan bahan

- 1) Obat sesuai resep dan kebutuhan klien
- 2) Sendok takar obat (jika perlu)
- 3) Gelas ukur untuk sediaan cair (jika perlu)
- 4) Mortar untuk menghancurkan obat berbentuk serbuk.
- 5) Troli, meja, atau baki sebagai media pengangkut dan penataan obat.
- 6) Air minum dan gelas



Gambar 3.9 Jenis Obat Oral



- 7) Buku catatan medikasi berisi identitas klien, jenis dan dosis obat, serta waktu pemberian.
- 8) Sedotan (jika perlu)
- 9) Lap Kerja
- 10) Sarung tangan

b. Cara Kerja

- 1) Menyiapkan obat di tempat obat.
 - a) Cuci tangan.
 - b) Memakai sarung tangan.
 - c) Evaluasi kondisi klien untuk memastikan apakah ia mampu menerima obat melalui mulut (oral).
 - d) Periksa instruksi dalam daftar pemberian obat, termasuk identitas klien, nama dan dosis obat, waktu serta rute pemberian, dan pastikan obat belum melewati tanggal kedaluwarsa.
 - e) Ambil obat yang diperlukan dari lemari penyimpanan sesuai instruksi.
 - f) Siapkan obat dengan benar sesuai daftar, pastikan masih dalam kemasan yang utuh atau belum dibuka.
- 2) Memberikan obat kepada klien.
 - a) Ambil dan periksa kembali daftar obat beserta obat yang akan diberikan, sambil membuka kemasan obat dengan hati-hati.
 - b) Untuk sediaan cair, tuangkan obat ke dalam gelas ukur sesuai dosis yang dianjurkan, dan pastikan label obat tetap bersih dan terbaca jelas.
 - c) Bawa obat beserta daftar pemberian obat ke klien. Lakukan pencocokan identitas dengan mencocokkan nama klien pada daftar.
 - d) Konfirmasi identitas klien secara verbal dengan menyebutkan nama dan memastikan jawaban sesuai.
 - e) Jaga privasi klien.
 - f) Berikan posisi klien *semi fowler/fowler*.
 - g) Berikan air minum dalam gelas dan sedotan (jika perlu).
 - h) Berikan obat satu per satu sambil memastikan klien menelannya sebelum memberikan obat berikutnya.
 - i) Kaji respons klien setelah minum obat.
 - j) Lepaskan sarung tangan.
 - k) Cuci tangan.
 - l) Dokumentasi Tindakan.





Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.15

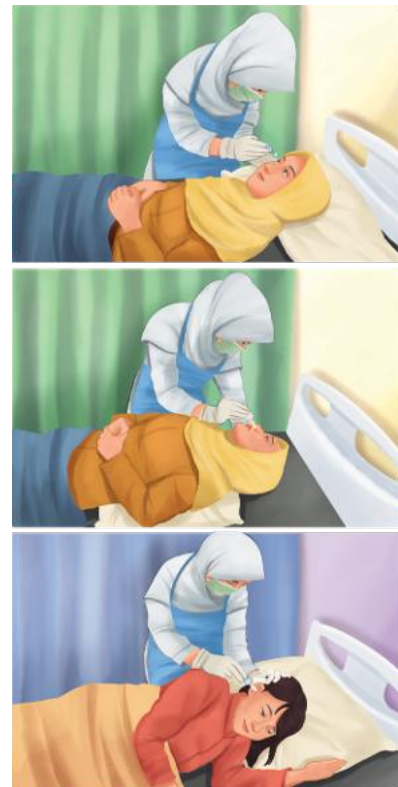
Ny. A usia 40 tahun, dirawat di ruangan kenanga dengan diagnosis medis hipertensi. Keluhan utamanya pusing sejak 3 hari terakhir sebelum masuk rumah sakit. Klien mengatakan pusing sering muncul di pagi hari dan leher terasa kaku. Setelah dilakukan pengukuran tekanan darah, hasilnya 160/100 mmHg. Klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi 2 tahun lalu, namun tidak rutin mengonsumsi obat. Dokter meresepkan obat Amlodipine 5 mg, 1 kali sehari, diminum pagi hari setelah makan.

1. Buatlah kelompok dengan 2-3 orang anggota.
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan pemberian obat oral pada kasus di atas.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan praktik pemberian obat secara oral secara berpasangan.
6. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.

2. Pemberian Obat Tetes

Pemberian obat tetes merupakan salah satu cara pengobatan yang umum digunakan untuk mengatasi berbagai gangguan kesehatan, terutama pada mata, telinga, dan hidung. Obat tetes bekerja secara lokal, artinya langsung diberikan pada bagian tubuh yang sakit agar obat dapat bekerja dengan lebih cepat dan efektif.

Obat tetes mata biasanya digunakan untuk mengobati infeksi, iritasi, atau gangguan seperti mata kering dan glaukoma. Sementara itu, obat tetes telinga sering diberikan untuk membersihkan kotoran telinga atau mengatasi infeksi pada saluran telinga. Obat tetes hidung digunakan untuk meredakan hidung tersumbat, alergi, atau infeksi saluran pernapasan atas. Meskipun penggunaannya terlihat sederhana, pemberian obat tetes harus dilakukan dengan cara yang benar agar manfaatnya maksimal dan terhindar dari efek samping.



Gambar 3.10 Pemberian Obat Tetes Mata, Hidung, dan Telinga



a. Pemberian obat tetes mata

Obat tetes mata adalah sediaan steril berupa larutan atau suspensi yang digunakan untuk mata dengan cara meneteskan obat pada selaput lendir mata di sekitar kelopak mata dan bola mata. Larutan obat tetes mata adalah larutan steril, bebas partikel asing (Ervamaulida, 2023).

Pemberian obat tetes mata merupakan salah satu bentuk terapi lokal yang bertujuan untuk mengobati gangguan atau keluhan pada mata, seperti iritasi, infeksi, mata kering, atau glaukoma. Untuk mencapai hasil yang maksimal dan menghindari risiko infeksi atau iritasi tambahan, obat tetes mata harus diberikan dengan cara yang benar dan higienis.

Obat tetes mata diberikan pada klien dengan berbagai indikasi sesuai kondisi klinis. Pada klien dengan penyakit mata, seperti infeksi, peradangan, atau glaukoma, obat tetes berfungsi untuk mengatasi gejala dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Pada saat pemeriksaan mata, tetes mata digunakan untuk melebarkan pupil agar dokter dapat melihat bagian dalam mata dengan lebih jelas. Sementara itu, dalam persiapan operasi mata, obat tetes diberikan untuk mensterilkan area mata, mengurangi risiko infeksi, serta membantu melebarkan pupil atau memberikan anestesi lokal sebelum tindakan dilakukan.

Perhatikan persiapan alat dan bahan serta cara kerja penggunaan obat tetes mata pada tabel berikut.

Tabel 3.2 Prosedur Pemberian Obat Tetes Mata

Alat dan Bahan	Cara Kerja
1) Obat tetes mata yang sesuai dengan resep dokter.	1) Mencuci tangan dan kenakan APD.
2) Kasa steril	2) Jelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan.
3) Wadah berisi air hangat (kom)	3) Jaga privasi klien.
4) Kapas	4) Atur posisi klien, dengan kepala menengadahkan ke atas.
5) Sarung tangan steril	5) Bersihkan area sekitar mata menggunakan kasa steril yang dibasahi air hangat, bersihkan dari arah dalam (dekat hidung) ke luar. Gunakan satu kasa untuk satu arah pembersihan.
6) Bengkok	6) Tarik kelopak mata bawah klien perlahan hingga membentuk kantong konjungtiva.
7) Buku catatan pemberian obat	7) Teteskan obat sesuai dosis, sekitar 1–2 tetes ke dalam kantong mata. Jangan sampai ujung botol menyentuh mata atau kulit.
	8) Minta klien menutup mata secara perlahan (tanpa mengedip kuat) dan tekan ringan sudut dalam mata selama 1–2 menit untuk mencegah obat masuk ke saluran hidung.



Alat dan Bahan	Cara Kerja
	9) Bersihkan kelebihan obat yang menetes menggunakan kasa bersih. 10) Anjurkan klien untuk tidak memegang mata, mengucek-ucek mata dengan tangan setelah pemberian obat tetes mata. 11) Bereskan alat, lepaskan sarung tangan, dan cuci tangan kembali. 12) Catat tindakan pada buku catatan pemberian obat, termasuk waktu, jenis obat, dosis, dan reaksi klien.

Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 3.16

Tn. A usia 45 tahun, berobat ke poli mata RS. Sumber Sehat. Tn. A mengeluh nyeri pada mata kiri terutama pada saat berkedip. Ia juga menyatakan matanya terasa perih, berair, mengganjal sejak dua hari terakhir, pandangan sedikit kabur dan sensitif terhadap cahaya. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik oleh tenaga medis, konjungtiva mata kiri tampak merah dan bengkak, tampak adanya kotoran (lendir kekuningan) di sudut mata, tidak ditemukan luka terbuka atau benda asing pada bola mata. Diagnosis medis Konjungtivitis bakterial. Dokter meresepkan obat tetes mata Chloramphenicol dengan pemberian 1-2 tetes, 3 kali sehari pada mata kiri.

1. Buatlah kelompok 2-3 orang
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan pemberian obat tetes mata pada kasus ini.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan *roleplay* pemberian obat tetes mata secara berpasangan.
6. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.

b. Pemberian obat tetes telinga

Tindakan *ear instillation* (pemberian obat tetes telinga) dijelaskan sebagai prosedur topikal untuk meneteskan larutan obat steril ke dalam saluran telinga eksternal. Tindakan ini sering kali dilakukan dengan tujuan terapeutik seperti mengatasi infeksi, mengurangi inflamasi, atau melunakkan serumen. Potter et al. (2022). Sementara menurut Kozier & Erb (2022) Pemberian obat tetes telinga adalah prosedur noninvasif yang dilakukan untuk menyampaikan obat secara langsung ke area yang mengalami gangguan di saluran telinga luar, dengan mempertimbangkan teknik aseptik dan kenyamanan klien.



Tujuan penggunaan obat tetes telinga adalah untuk mengobati atau meredakan masalah Kesehatan yang terjadi di dalam telinga, seperti infeksi telinga tengah (otitis media), infeksi telinga eksternal (otitis eksternal), peradangan, ekskresi serumen, rasa gatal dan iritasi. Indikasi pemberian obat tetes telinga jika ditemukan adanya Infeksi telinga, kotoran telinga, gangguan pendengaran, nyeri telinga, *post operatif*.

1) Persiapan Alat dan Bahan

Sebelum melakukan tindakan pemberian obat tetes telinga, tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* wajib menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan secara lengkap dan sesuai standar. Persiapan ini sangat penting untuk menjamin kelancaran prosedur, menghindari risiko kontaminasi, serta menjaga kenyamanan dan keselamatan klien. Dengan alat yang siap dan kondisi yang higienis, proses pemberian obat dapat dilakukan secara efektif dan aman. Berikut persiapan alat dan bahan yang diperlukan.

- a) Obat tetes telinga sesuai resep dokter
- b) Tisu atau kasa steril
- c) APD (sarung tangan bersih, masker, dan celemek).
- d) Baki atau nampan peralatan
- e) Handuk kecil
- f) Pengalas kepala (bantal atau gulungan handuk)
- g) Bengkok
- h) Buku catatan pemberian obat

2) Cara kerja

Pemberian obat tetes telinga merupakan salah satu tindakan keperawatan yang memerlukan ketelitian, teknik aseptik, dan komunikasi yang baik dengan klien. Sebelum melaksanakan praktik ini, penting bagi tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* untuk memahami langkah-langkah prosedur secara tepat. Melalui latihan praktik yang terarah, tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* diharapkan mampu memberikan tindakan ini dengan aman, efektif, dan sesuai standar pelayanan keperawatan. Adapun langkah-langkah prosedur yang harus dilakukan antara lain sebagai berikut.

- a) Mencuci tangan dan memakai APD.
- b) Siapkan alat dan bahan yang dibutuhkan.
- c) Letakkan di atas baki dengan rapi sesuai daftar alat yang telah disiapkan.
- d) Identifikasi klien.
- e) Periksa identitas klien sesuai standar (nama lengkap, tanggal lahir, gelang identitas).
- f) Jelaskan prosedur pada klien.
- g) Jaga privasi klien.



- h) Beri tahu tujuan dan proses tindakan untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kerja sama.
- i) Pastikan posisi klien sudah benar.
- j) Miringkan kepala klien ke sisi berlawanan dari telinga yang akan ditetesi. Bisa juga dalam posisi tidur miring.
- k) Buka tutup obat dan periksa kembali label.
- l) Pastikan nama obat, dosis, tanggal kedaluwarsa, dan suhu sudah sesuai.
- m) Teteskan obat ke saluran telinga.
 Untuk dewasa: tarik daun telinga ke atas dan ke belakang.
 Untuk anak <3 tahun: tarik ke bawah dan ke belakang.
- n) Teteskan sesuai dosis (jangan menyentuhkan ujung botol pada telinga).
- o) Minta klien tetap pada posisi miring selama 5–10 menit.
- p) Keringkan telinga dengan kasa steril jika diperlukan.
- q) Bersihkan dan rapikan alat.
- r) Catat tindakan pada buku catatan pemberian obat, termasuk waktu, jenis obat, dosis, dan reaksi klien.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.17

Ny. A usia 30 tahun, datang ke poli THT dengan keluhan nyeri, rasa penuh, dan sedikit keluar cairan dari telinga kiri sejak 3 hari terakhir. Hasil pemeriksaan dokter menunjukkan adanya peradangan di saluran telinga luar (otitis eksterna) tanpa perforasi membran timpani. Dokter meresepkan obat tetes telinga antibiotik untuk mengatasi infeksi.

Tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* ditugaskan untuk memberikan edukasi dan melakukan pemberian obat tetes telinga pertama, serta mengajarkan cara penggunaannya di rumah.

1. Buatlah kelompok beranggotakan 2-3 orang.
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan pemberian obat tetes telinga pada kasus ini.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan praktik pemberian obat tetes telinga secara berpasangan.
6. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.



c. Pemberian obat tetes hidung

Menurut Farmakope Indonesia IV (2024), tetes hidung adalah obat tetes yang digunakan untuk hidung dengan cara meneteskan obat ke dalam rongga hidung. Obat tetes hidung dapat mengandung zat pensuspensi, pendapar dan pengawet.

Klien dengan gangguan sinus hidung terkadang memerlukan pengobatan melalui semprotan, tetesan, atau tampon. Bentuk yang paling umum diberikan adalah tetes atau semprotan dekongestan untuk meredakan gejala kongesti sinus dan pilek (Berman, Snyder, dan Frandsen, 2022).

Pemberian obat tetes hidung merupakan salah satu tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengantarkan obat secara langsung ke dalam rongga hidung. Tujuan utama dari prosedur ini adalah untuk membantu meredakan gejala seperti hidung tersumbat, peradangan akibat alergi, atau infeksi ringan pada saluran hidung dan sinus. Selain itu, obat tetes hidung juga digunakan untuk menghentikan mimisan ringan, melembapkan mukosa hidung yang kering, serta memberikan efek terapeutik secara cepat karena diserap langsung oleh jaringan hidung.

Pemberian obat tetes hidung dilakukan ketika klien mengalami gangguan pada saluran hidung yang memerlukan pengobatan langsung ke area tersebut. Indikasi umum dari tindakan ini meliputi hidung tersumbat akibat pilek atau flu, alergi seperti rinitis alergi, peradangan atau infeksi ringan di rongga hidung dan sinus, serta mimisan ringan.

1) Persiapan alat dan bahan

- a) Obat tetes hidung sesuai resep
- b) APD (sarung tangan bersih, masker dan celemek)
- c) Tisu atau kasa steril
- d) Nampan atau baki peralatan
- e) Handuk kecil atau alas pelindung (diletakkan di bawah kepala atau leher klien agar tetap nyaman dan bersih).
- f) Bantal atau gulungan handuk
- g) Bengkok
- h) Buku catatan pemberian obat

2) Cara kerja

- a) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau gunakan *hand sanitizer*.
- b) Gunakan APD.
- c) Siapkan alat dan bahan di atas nampan bersih.
- d) Periksa label obat (nama, dosis, tanggal kedaluwarsa).
- e) Identifikasi klien dan beri penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan.



- f) Jaga privasi klien.
- g) Pastikan klien dalam posisi yang nyaman, biasanya terlentang dengan kepala agak mendongak atau dimiringkan sesuai sisi hidung yang akan ditetesi.
- h) Bersihkan lubang hidung klien dengan tisu atau kasa steril jika terdapat kotoran/lendir.
- i) Buka botol obat, pastikan ujung penetes tidak menyentuh permukaan apa pun.
- j) Teteskan obat sesuai dosis yang dianjurkan (biasanya 1–2 tetes) ke dalam lubang hidung.
- k) Miringkan kepala sedikit ke belakang atau ke samping sesuai hidung yang ditetesi.
- l) Arahkan penetes ke bagian lateral dalam lubang hidung, bukan langsung ke septum.
- m) Minta klien tetap dalam posisi tersebut selama 1–2 menit agar obat menyerap dengan baik.
- n) Tutup kembali botol obat dan buang bahan habis pakai pada tempat sampah medis.
- o) Lepas sarung tangan, kemudian cuci tangan kembali.
- p) Catat tindakan di buku catatan pemberian obat, termasuk waktu, jenis obat, dosis, dan reaksi klien.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.18

Ny. M usia 40 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan hidung tersumbat, bersin berulang, dan rasa gatal di rongga hidung yang sudah berlangsung selama 4 hari. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa klien mengalami rinitis alergi. Dokter memberikan resep obat tetes hidung antihistamin topikal yang harus digunakan sebanyak 2 tetes di setiap lubang hidung, 2 kali sehari. kamu ditugaskan oleh dokter untuk menjelaskan prosedur kepada klien, meminta klien berbaring dengan kepala sedikit mendongak, lalu meneteskan obat sesuai dosis yang dianjurkan.

1. Buatlah kelompok beranggotakan 2-3 orang.
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan pemberian obat tetes hidung pada kasus ini.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan praktik pemberian obat tetes hidung secara berpasangan.
6. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.



3. Pemberian Obat Topikal

Obat topikal merupakan obat yang diaplikasikan langsung ke permukaan tubuh seperti kulit, membran mukosa, atau area luka. Jenis obat ini bekerja secara lokal di tempat yang diolesi dan umumnya tidak terserap ke dalam sirkulasi darah dalam jumlah besar. Keunggulan utama penggunaan obat topikal adalah kemampuannya memberikan efek langsung di area yang bermasalah sekaligus meminimalkan risiko efek samping sistemik yang mungkin timbul jika obat dikonsumsi secara oral. Meskipun demikian, efektivitas dan kemungkinan efek samping tetap dipengaruhi oleh jenis obat, lama penggunaan, serta kondisi area tubuh yang diobati.



Gambar 3.11 Proses Pemberian Obat Topikal

Penggunaan obat topikal perlu mengikuti aturan yang tepat agar efektivitas dan keamanannya terjamin. Obat jenis ini bekerja langsung pada area yang mengalami infeksi atau peradangan, sehingga menurunkan risiko efek samping yang memengaruhi seluruh tubuh. Terdapat berbagai bentuk sediaan obat topikal, seperti krim, salep, bubuk, losion, semprotan aerosol, dan plester (*patch*). Masing-masing memiliki cara penggunaan yang berbeda, sehingga sangat penting untuk mematuhi anjuran dokter atau petunjuk pada kemasan saat menggunakannya.

Obat topikal digunakan untuk memberikan terapi langsung pada area kulit yang mengalami iritasi, peradangan, infeksi, atau rasa gatal. Selain itu, obat ini juga berfungsi untuk menyehatkan kulit, memberikan perlindungan terhadap faktor berbahaya, serta membantu meredakan nyeri. Obat topikal diindikasikan pada kondisi seperti adanya infeksi lokal, dermatitis, psoriasis ringan, keloid, jerawat (*acne*), dan prurigo. Sementara itu, pemberian obat topikal tidak disarankan atau dikontraindikasikan jika terdapat luka ulkus pada area kulit yang akan diobati.



1) Persiapan alat dan bahan

- a) Obat topikal sesuai resep dokter
- b) APD (sarung tangan bersih, masker dan celemek)
- c) Kasa steril/tisu bersih
- d) Alkohol swab (bila dibutuhkan)
- e) Spatula/*cotton bud* (opsional) untuk mengaplikasikan salep atau krim tanpa menyentuh langsung dengan tangan (menjaga sterilitas).
- f) nampan atau wadah peralatan
- g) Perlak dan pengalas
- h) Bengkok
- i) Buku catatan pemberian obat

2) Cara Kerja

- a) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau gunakan *hand sanitizer*.
- b) Gunakan APD.
- c) Persiapkan alat dan bahan yang diperlukan sesuai jenis obat (lihat daftar sebelumnya).
- d) Identifikasi klien dan jelaskan tujuan serta prosedur pemberian obat untuk mendapatkan persetujuan.
- e) Jaga privasi klien.
- f) Bantu klien berada dalam posisi nyaman dan ekspos area kulit yang akan diberi obat.
- g) Bersihkan area kulit yang akan diobati dengan kasa bersih atau sesuai instruksi, bila diperlukan.
- h) Aplikasikan obat topikal:
 - Gunakan spatula, cotton bud, atau jari tangan bersarung untuk mengoleskan obat.
 - Oleskan tipis dan merata hanya pada area yang ditentukan.
 - Biarkan obat menyerap sepenuhnya, hindari menutup area jika tidak dianjurkan.
 - Bersihkan kembali area sekitar jika ada sisa obat yang tidak perlu.
 - Buang alat sekali pakai ke tempat sampah medis.
- i) Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan kembali.
- j) Catat pemberian obat di lembar catatan keperawatan (waktu, jenis obat, dosis, lokasi aplikasi, dan reaksi kulit jika ada).



Aktivitas 3.19

Bacalah skenario kasus di bawah ini!

Tn. R usia 25 tahun datang ke poli kulit dengan keluhan gatal dan kemerahan pada lengan kanan sejak 3 hari yang lalu setelah kontak dengan bahan pembersih rumah tangga. Hasil pemeriksaan menunjukkan adanya ruam kemerahan yang gatal tanpa luka terbuka.

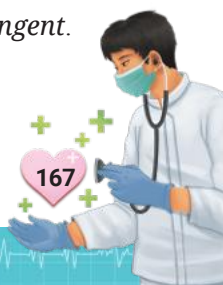
Dokter meresepkan salep kortikosteroid topikal untuk diaplikasikan pada area yang terkena, 2 kali sehari selama 5 hari. Kamu ditugaskan oleh dokter untuk memberikan salep tersebut kepada klien dan menginformasikan kepada klien cara pemakaian salep pada saat di rumah.

1. Bekerjalah dengan temanmu secara berpasangan.
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan pemberian obat topikal pada kasus ini.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan *roleplay*
6. Pemberian obat topikal dengan temanmu.
7. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.

4. Pemberian Obat Suppositoria

Menurut Farmakope Indonesia edisi IV (2024) Suppositoria adalah sediaan padat dalam berbagai bobot dan bentuk yang diberikan melalui rektum, vagina, atau uretra. Obat jenis ini umumnya meleleh, melunak, atau melarut pada suhu tubuh dan berfungsi baik sebagai pelindung mukosa lokal maupun sebagai media pengantar zat obat dengan efek lokal maupun sistemik. Sementara menurut Menurut Potter & Perry (2022), suppositoria adalah sediaan padat yang setelah dimasukkan ke rektum akan meleleh dan melepaskan zat aktif, baik untuk efek lokal sebagai laksatif atau meredakan hemoroid) maupun sistemik bila klien kesulitan menggunakan rute oral.

Indikasi suppositoria digunakan untuk mengurangi nyeri dan inflamasi setempat, misalnya pada klien dengan konstipasi dan yang mengalami hemoroid. Hemoroid merupakan sesuatu yang fisiologis, maka terapi yang dilakukan hanya untuk menghilangkan keluhan, bukan untuk menghilangkan pleksus hemoroidalis. Pada hemoroid derajat I dan II terapi yang diberikan berupa terapi lokal dan himbauan tentang perubahan pola makan. Dianjurkan untuk banyak mengonsumsi sayuran dan buah yang banyak mengandung air untuk memperlancar buang air besar sehingga tidak perlu mengejan secara berlebihan. Pemberian obat melalui anus (suppositoria) dan salep anus diketahui tidak mempunyai efek yang berarti kecuali sebagai efek anestetik dan *astringent*.





Gambar 3.12 Proses Pemberian Obat Supositoria

Menurut Potter & Perry (2022), penggunaan suppositoria tidak dianjurkan jika terdapat kontraindikasi berikut.

- Perdarahan rektal aktif
- Pernah menjalani operasi rektum atau ada penyakit/iritasi rektum yang parah, karena dapat memperburuk keadaan .
- Rektum penuh feses, karena akan menghambat absorpsi obat atau menyebabkan pengeluaran supositoria terlalu cepat.

Tentunya sebelum kamu melakukan pemberian obat supositoria, penting sekali untuk mengkaji kondisi klien, karena akan berdampak terhadap efektivitas dari obat yang diberikan kepada klien dan pastikan kamu memberikan obat supositoria sesuai prosedur.

Tabel 3.3 Alat dan Bahan Pemberian Obat Supositoria

Persiapan Alat dan Bahan	
• Obat supositoria • APD (sarung tangan bersih, masker, celemek) • Sketsel • Gel (pelumas) • Tisu • Bengkok	• Pispot • Botol cebok (jika diperlukan) • Perlak dan pengalas • Buku catatan pemberian obat



Cara Kerja

- a. Cuci tangan dan pasang APD.
- b. Jelaskan kepada klien terkait prosedur yang akan dilakukan.
- c. Pastikan privasi klien terjaga.
- d. Pasang perlak dan pengalas.
- e. Tawarkan klien untuk buang air besar atau buang air kecil.
- f. Buka pakaian bawah klien dan ubah posisi klien ke posisi sims.
- g. Letakkan bengkok ke dekat klien.
- h. Buka pembungkus suppositoria dan oleskan jeli pelumas pada obat suppositoria.
- i. Obat dimasukkan ke dalam anus sambil menyuruh klien untuk menarik napas panjang.
- j. Anjurkan klien untuk istirahat berbaring selama 20 menit.
- k. Lepaskan APD.
- l. Rapikan pakaian klien dan lingkungannya.
- m. Rapikan, bersihkan, dan simpan alat ke tempatnya.
- n. Cuci tangan.
- o. Kaji respon klien.
- p. Catat pemberian obat pada lembar catatan keperawatan.



Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.20

Ny. S usia 68 tahun, dirawat di ruang melati pascabedah dengan komplikasi konstipasi akibat obat analgesik opioid. Klien mengatakan belum buang air besar selama 3 hari. Dokter meresepkan suppositoria gliserin 2 gram untuk merangsang peristaltik usus dan mempermudah pengosongan kandung tinja. Kamu ditugaskan untuk memberikan obat suppositoria kepada klien tersebut.

1. Buatlah kelompok dengan 2-3 orang anggota.
2. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
3. Identifikasi indikasi dan tujuan pemberian obat suppositoria pada kasus ini.
4. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
5. Lakukan praktik pemberian obat suppositoria secara berpasangan.
6. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.





Suplemen

Tahukah kamu menurut data Kemenkes RI (2008), kesalahan dalam pemberian obat di Indonesia menduduki peringkat pertama (24,8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan. Tipe kesalahan yang menyebabkan kematian pada pasien meliputi 40,9% salah dosis, 16% salah obat, dan 9,5% salah rute pemberian. Data insiden Keselamatan Klien di RS Karyadi pada tahun 2023 menyebutkan sebanyak 65% merupakan *medication error*. Untuk meminimalisir kesalahan dalam pemberian obat, dalam hal ini penting untuk kalian lebih memahami lagi prinsip 7 benar dalam pemberian obat. Pindai kode QR di samping agar wawasanmu semakin luas! <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/dzcjxd>



Sumber: Yanes RS
Kariadi, Kemenkes

C. Pertolongan Pertama pada Kegawatdaruratan

Dalam kehidupan sehari-hari kadang-kadang kita menjumpai orang terjatuh dan mendadak tidak sadarkan diri. Ketika melihat hal tersebut, kamu tentu akan segera bereaksi untuk menolong sambil bertanya-tanya apakah orang tersebut masih hidup atau tidak. Dalam hal ini perlu kamu ingat bahwa kematian dapat terjadi jika organ otak dan jantung tidak mendapat suplai oksigen dalam waktu 3-8 menit.

1. Bantuan Hidup Dasar

Menurut Amshar (2023), bantuan hidup dasar (BHD) adalah serangkaian tindakan darurat yang dirancang untuk menyelamatkan kehidupan seseorang yang mengalami kondisi medis yang mengancam nyawanya. BHD dapat dilakukan oleh siapa saja, tidak hanya tenaga medis.

Tujuan BHD mencegah berhentinya sirkulasi atau berhentinya pernapasan dan memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi dari klien yang mengalami henti jantung atau henti napas melalui resusitasi jantung paru (RJP). BHD dilakukan pada kasus henti jantung, henti napas, dan klien tidak sadarkan diri. Tanda-tanda henti jantung dan napas pada klien diantaranya tidak teraba nadi di arteri besar, pernapasan tidak normal, tidak merespon rangsangan verbal atau nyeri, dan tidak sadarkan diri.



Gambar 3.13 Pertolongan Pertama pada Kegawatdaruratan



Kasus henti jantung mendadak (*sudden cardiac arrest*) merupakan salah satu penyebab utama kematian di berbagai belahan dunia (Nolan et al., 2015; Resuscitation Academy, 2020). Henti jantung mendadak biasanya terjadi tanpa peringatan dan dapat berdampak fatal jika tidak segera ditangani (Mollo et al., 2024). Dalam kondisi tersebut, pertolongan pertama berupa RJP sangat penting untuk meningkatkan peluang keselamatan korban sehingga deteksi dini kejadian henti jantung. Keterampilan dan kemauan untuk aktivasi layanan gawat darurat, memberikan RJP tingkat dasar dan menggunakan *automated external defibrillator* (AED) merupakan langkah yang sangat penting untuk meningkatkan angka keselamatan dari kejadian henti jantung mendadak ini (Shinozaki et al., 2016).

Menurut data dari Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO dalam Taufiq, 2024), henti jantung mendadak sering kali terjadi di lingkungan masyarakat di luar fasilitas kesehatan yang menyebabkan angka keberhasilan penyelamatan menjadi lebih rendah akibat keterlambatan tatalaksana awal. Apabila terjadi henti jantung dan di sekitarnya tidak ada orang dewasa, anak-anak diharapkan dapat memberikan pertolongan pertama pada korban. Seorang anak dapat menjadi orang awam pertama yang menjumpai korban dengan kondisi henti jantung (Zenani et al., 2022).

Organisasi kesehatan dunia seperti *European Resuscitation Council* serta WHO juga merekomendasikan anak sekolah untuk dapat memperoleh pelatihan RJP sejak usia 12 tahun ke atas dan materi RJP dimasukkan ke dalam kurikulum (Böttiger & Van Aken, 2015). Kompetensi anak usia sekolah dalam perannya menjadi *bystander* RJP yaitu mengenali henti jantung, memanggil *Emergency Medical Service* (EMS), dan melakukan RJP sesuai instruksi sampai petugas kesehatan datang ke lokasi kejadian (Zenani et al., 2022). Hal ini didukung oleh penelitian Putri et al. yang menyatakan bahwa pelatihan RJP dengan konsep pelatihan BHD dapat meningkatkan pengetahuan peserta secara signifikan, meskipun diberikan pada orang awam. Fabriana et al. di tahun 2018 juga menyatakan adanya pengaruh yang signifikan pada pengetahuan murid SMA di Karanganyar, Klaten setelah diberikan pelatihan RJP.

BHD dapat dihentikan jika bantuan sudah datang, korban dapat berbicara dan bergerak, korban dapat bernapas normal saat pijat jantung diberikan dan jika penolong kelelahan. Lanjutan BHD dihentikan jika adanya tanda-tanda kematian dan klien tidak menunjukkan respon sama sekali setelah dilakukan RJP lanjutan. Komplikasi Tindakan BHD patah tulang iga, pneumothoraks, hemothorax, luka dan memar pada paru-paru, luka pada hati dan limpa, distensi abdomen, inflasi gaster, dan regurgitasi.

Jika kamu menemukan orang yang henti jantung, jangan panik, tetapi fokus untuk menolong orang tersebut dengan mengingat prinsip *danger, response, shout for help, circulation, airway dan breathing* atau biasa disingkat DRSCAB. Langkah-langkah apa saja yang dilakukan pada saat melakukan BHD? Ayo perhatikan persiapan alat dan bahan serta langkah-langkah tindakan BHD tersebut!



a. Alat dan Bahan

- 1) APD
- 2) Ponsel
- 3) *Automated External Defibrillator* (AED) (jika dapat segera tersedia)
- 4) Jam tangan
- 5) Kasa 1-2 buah
- 6) Plastik pelindung mulut
- 7) *Ambubag/bag valve mask*
- 8) Bengkok
- 9) Buku catatan dan alat tulis



Gambar 3.14 Penolong mengecek respon klien.

b. Langkah-Langkah Kerja

- 1) *Danger*
 - a) Pasang sarung tangan atau alat pelindung lainnya (jika tersedia).
 - b) Lakukan prinsip 3A, yaitu, aman penolong, aman klien, dan aman lingkungan.
- 2) *Response*

Penolong dapat melakukan cek respon korban dengan cara berteriak, panggil klien, tepuk bahu dan beri rangsangan nyeri pada klien.

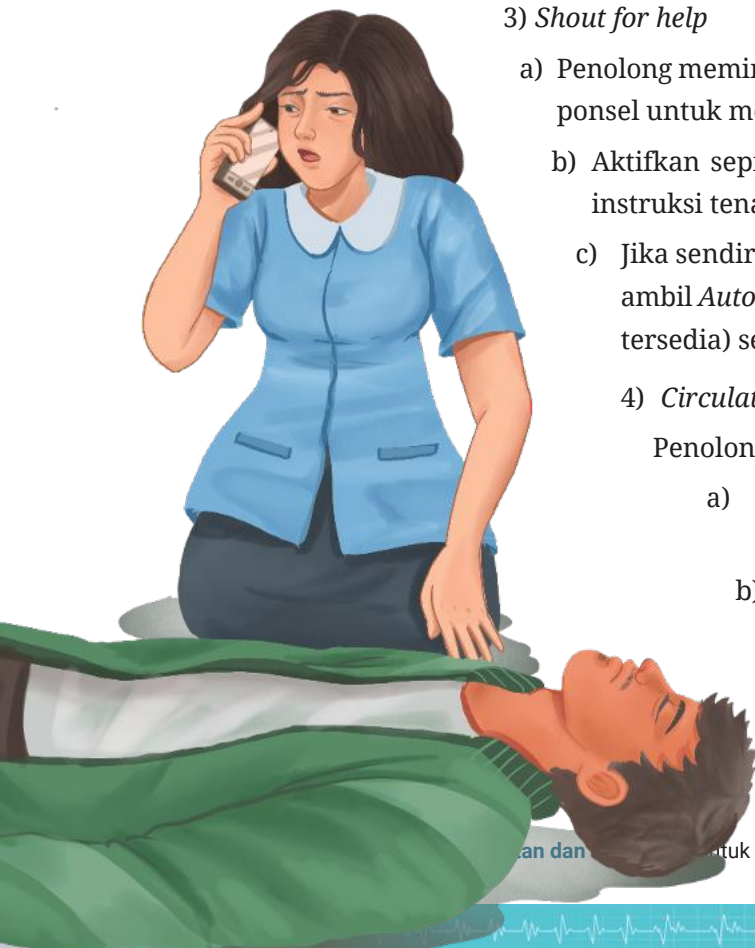
3) *Shout for help*

- a) Penolong meminta bantuan, sambil tetap bersama korban, gunakan ponsel untuk memanggil bantuan.
- b) Aktifkan sepiker untuk berkomunikasi dengan mendengarkan instruksi tenaga kesehatan.
- c) Jika sendirian tanpa ponsel, berteriaklah meminta tolong dan ambil *Automated External Defibrillator* (AED) (jika dapat segera tersedia) sebelum melakukan RJP.

4) *Circulation*

Penolong dapat melakukan hal berikut:

- a) Cek napas dan nadi (nadi karotis, 2-3 cm dari samping trakea) bersamaan kurang dari 10 detik.
- b) Jika nadi tidak teraba, lakukan 30 kompresi : 2 ventilasi.

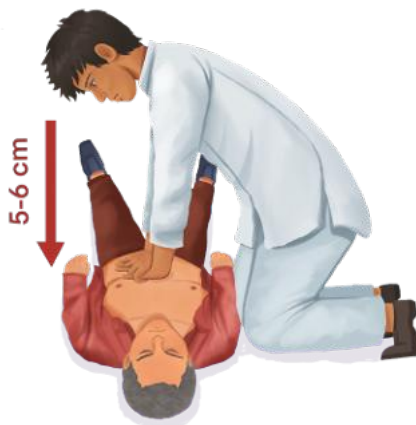


Gambar 3.15 Penolong meminta bantuan.

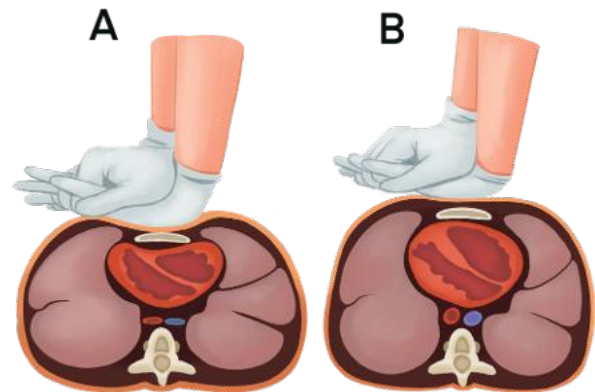


Gambar 3.16 Cara mengecek nadi karotis.

- c) Atur Posisi klien terlentang di atas permukaan yang keras dan datar.
- d) Posisi penolong berlutut di samping klien/berdiri di samping tempat tidur klien.
- e) Letakan tumit telapak tangan pada Pertengahan dada (seperdua bawah sternum) dengan kedua telapak tangan ditumpuk dan dikaitkan.



Gambar 3.17 Kompresi dengan Lengan Lurus **Gambar 3.18** Pijat di bagian tengah dada.



- f) Lakukan kompresi minimal 5 – 6 cm/ 2 inci, kecepatan kompresi 100 – 120 kali/menit. Tekan dengan cepat tapi jangan terlalu keras.
- g) Pijat di bagian tengah dada (setengah bagian tulang bawah tulang dada) dengan berat badan penolong, agar tulang dada terkena 5-6 cm. Tekan dengan kuat dan cepat – tetapi jangan terlalu kuat dan terlalu cepat.





Gambar 3.19 Tiga puluh kali kompresi berbanding dua kali ventilasi.

Tabel 3.4 Kedalaman Kompresi

No.	Kedalaman	Rasio	Teknik
1.	Remaja dan Dewasa		2 tangan pada seperdua bawah sternum.
	5 cm	30 : 2	
	2 inchi	1 atau 2 penolong	
2.	Anak (5-9 tahun)		2 atau 1 tangan pada seperdua bawah sternum.
	1/3 diameter dada	30 : 2 (1 penolong)	
		15 : 2 (2 penolong)	
3.	Bayi (<1 tahun)		2 jari di bawah <i>nipple line</i> .
	1/3 diameter dada	30 : 2 (1 penolong)	
		15 : 2 (2 penolong)	2 jempol di bawah <i>nipple line</i> .

Ayo amati

Aktivitas 3.21

Untuk menambah wawasanmu tentang resusitasi pada anak, amati video pada tautan berikut <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/xmemld> atau kamu dapat memindai kode QR di samping!



Sumber: Nursing Universitas Muhammadiyah Yogyakarta



Ayo Pahami

Aktivitas 3.22

Untuk menambah wawasanmu tentang resusitasi pada neonatus, tonton dan pahami video pada <https://www.youtube.com/watch?v=gKehJR3-RMI> atau kamu dapat memindai kode QR di samping!



Sumber: Nursing Universitas
Muhammadiyah Yogyakarta

5) *Airway*

Pada tahap *airway*, yang dapat dilakukan oleh penolong terdiri atas 2 tahap, yaitu membersihkan jalan napas dan membuka Jalan napas.

- Jika sumbatan disebabkan cairan, maka jalan napas dibersihkan dengan jari telunjuk atau jari tengah yang dilapisi kain/kasa (*finger sweep*).
- Jika sumbatan disebabkan benda keras, bersihkan dengan menggunakan jari telunjuk yang dibengkokkan. Mulut dibuka dengan metode *cross finger*: ibu jari diletakkan berlawanan dengan jari telunjuk pada mulut korban.
- Jika jalan napas sudah bersih, segera buka jalan napas dengan teknik manuver *head tilt chin lift*.
- Ketika korban dicurigai mengalami trauma servikal, maka teknik membuka jalan napas menggunakan manuver *jaw thrust*.



Gambar 3.20 Manuver *Jaw Thrust* dan Manuver *Head Tilt Chin Lift*



6) Breathing

Bantuan pernapasan dapat dilakukan dari mulut ke mulut (*mouth to mouth*), mulut ke hidung (*mouth to nose*), mulut ke stoma (*mouth to stoma*), mulut ke masker (*mouth to pocket mask/pocket CPR mask/resuscitator mask*), atau menggunakan *bag valve mask*. Dilakukan sebanyak 2 kali dengan volume tidal tidak lebih dari 10 detik.



Gambar 3.21 Bantuan Pernapasan (i) Mouth To Stoma, (ii) Mouth To pocket mask/pocket CPR mask/resucitator mask (iii) Bag Valve Mask

7) Defibrilasi

Defibrilasi diberikan dengan menggunakan terapi energi listrik. Alat defibrilasi yang bisa digunakan oleh masyarakat awam adalah *automatic external defibrillation* (AED). Alat ini dapat memberikan informasi apakah penolong melakukan defibrilasi atau melanjutkan napas buatan dan bantuan sirkulasi.



Ayo amati

Aktivitas 3.23

Untuk menambah wawasan kamu tentang *automatic external defibrillation* (AED), amati video pada tautan <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/wq2tlm>. Kamu juga dapat memindainya pada kode QR di samping.



Sumber: RSGM UGM

8) Evaluasi

Evaluasi ulang dilakukan sesudah 5 siklus kompresi dan ventilasi. Jika napas (-) dan nadi (-) *kompresi* dan *ventilasi* 30 : 2, Jika napas (-) dan nadi (+) *ventilasi* 10 kali per menit, Jika napas (+) dan nadi (+) Berikan *recovery position*.



Gambar 3.22 Recovery Position





Ayo Pahami

Aktivitas 3.24

Baca dan pahami kasus berikut!

Seorang pria setengah baya ditemukan tidak sadar di taman oleh seorang pejalan kaki. Pria tersebut tergeletak di bangku taman dengan posisi kepala tertunduk dan tidak merespons saat dipanggil atau disentuh. Tidak tampak adanya perdarahan atau luka terbuka. Pejalan kaki tersebut segera meminta bantuan dengan memanggil petugas medis terdekat. Setelah kedatanganmu, kamu memulai penilaian awal. Klien tidak menunjukkan respons terhadap rangsangan verbal maupun nyeri. Tidak terlihat adanya pergerakan dada, dan denyut nadi karotis tidak teraba dalam waktu 10 detik.

Setelah kamu baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas, jawablah pertanyaan berikut dalam jurnal.

1. Apa langkah pertama yang harus kamu lakukan saat menemukan klien tidak sadar tersebut? Jelaskan alasannya.
2. Sebutkan dan jelaskan langkah-langkah bantuan hidup dasar (BHD) yang harus segera dilakukan pada klien ini.
3. Berapa rasio kompresi dada dan ventilasi yang sesuai untuk klien dewasa menurut pedoman terbaru?
4. Apa kriteria keberhasilan kompresi dada yang efektif dalam tindakan BHD?



Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.25

Setelah kalian menjawab soal pada aktivitas sebelumnya, tentunya kamu sudah memahami tindakan yang akan dilakukan. Sekarang, ayo lakukan tugas berikut!

1. Buatlah kelompok yang beranggotakan 2-3 orang.
2. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
3. Lakukan praktik bantuan hidup dasar sesuai kasus di atas.
4. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik.



2. Choking Management

Choking atau tersedak adalah hal yang sering terjadi di sekitarmu. Apakah hal tersebut membahayakan? Bagaimana menangani korban tersedak? Ayo kerjakan aktivitas berikut agar kamu dapat menjawab pertanyaan tersebut!

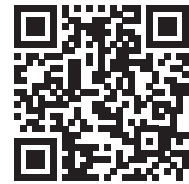


Ayo amati

Aktivitas 3.26

Amati video pada tautan <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/ulqp5d> atau pindai kode QR berikut.

Setelah kamu melihat video tersebut, apa yang kamu rasakan? Apakah ketika melihat orang tersedak, kamu melakukan seperti yang ada di dalam video? Apa dampaknya jika tersedak ini tidak segera ditangani? Ayo ceritakan pengalaman kamu ketika melihat orang tersedak!



Sumber: Nursing Universitas
Muhammadiyah Malang

Menurut Misbah Nurjannah, dkk. (2022), tersedak adalah suatu kondisi gawat darurat yang terjadi karena adanya sumbatan pada jalan napas yang disebabkan oleh makanan maupun benda asing lainnya. Pada orang dewasa, tersedak paling sering terjadi ketika makanan tidak dikunyah sempurna atau makan sambil berbicara atau tertawa. Sedangkan pada anak-anak tersedak terjadi karena tidak dikunyahnya makanan dengan sempurna dan makan terlalu banyak pada satu waktu. Selain itu anak-anak juga sering memasukkan benda-benda padat berukuran kecil ke dalam mulutnya. Pada lansia pun merupakan populasi yang rentan terkena masalah kesehatan. Lansia mengalami penurunan fungsi fisiologis, salah satunya penurunan fungsi menelan atau disfagia (Maulina et al., 2023). Dengan adanya penurunan fungsi fisiologis tersebut, lansia berisiko mengalami tersedak.

Sumbatan ini dapat terjadi secara parsial maupun total dan dapat berakibat fatal apabila tidak segera ditangani karena mengganggu oksigenasi tubuh. Sumbatan parsial merupakan sumbatan sebagian saluran napas oleh benda asing, sehingga masih ada aliran udara masuk dan keluar meskipun terbatas. Sumbatan parsial ditandai dengan korban masih bisa batuk, bicara, atau bernapas meskipun sulit, terdengar suara napas mengi (*stridor*), wajah tampak tegang atau kemerahan, upaya batuk terlihat kuat dan spontan. Sementara sumbatan total adalah sumbatan penuh pada saluran napas, tidak ada udara yang masuk atau keluar. Korban tidak dapat berbicara, batuk, atau bernapas, wajah menjadi biru (*sianosis*), tangan memegang leher (*universal choking sign*), mungkin hilang kesadaran dalam waktu singkat jika tidak ditolong.

Penanganan pada sumbatan parsial dan total tentunya berbeda. Jangan langsung melakukan manuver heimlich pada korban sumbatan parsial, anjurkan korban batuk sekuat mungkin.



Observasi dengan saksama, jika kondisi memburuk akan berpotensi menjadi sumbatan total. Sementara untuk penanganan sumbatan total, segera lakukan *back blows* dan *abdominal thrust* (manuver Heimlich). Jika tidak efektif dan korban tidak sadar, lanjutkan dengan BHD/CPR. Dalam hal ini diperlukan *choking management* yang tepat, untuk mengurangi risiko kematian.

Tujuan penanganan tersedak/*choking management* adalah membebaskan jalan napas untuk menjamin pertukaran udara secara normal dengan cara manual yaitu manuver Heimlich (pada dewasa dengan postur biasa) dan *chest thrust* (pada ibu hamil atau dewasa obesitas), serta manuver *sandwich* (pada bayi). Indikasi *choking management* dilakukan pada penderita sadar dan pada penderita dengan sumbatan jalan napas parsial atau total. Berikut persiapan alat dan bahan serta langkah-langkah *choking management*.

a. Alat dan Bahan

- 1) APD
- 2) Tisu
- 3) Bengkok
- 4) Buku catatan dan alat tulis

b. Langkah-Langkah Kerja

- 1) Manuver Heimlich pada Klien Sadar
 - a) Minta penderita membuka tungkai selebar bahu.
 - b) Letakkan satu tungkai di antara kedua tungkai korban.
 - c) Letakkan sisi ibu jari kepalan tangan ke perut, di pertengahan antara *processus xhyloideus* dan *umbilicus*.
 - d) Genggam kepalan tangan dengan tangan yang lain dan minta korban membungkuk.
 - e) Berikan hentakan ke dalam dan ke atas sebanyak 5 kali.
 - f) Periksa bilamana benda asing keluar.
 - g) Ulangi hentakan sampai benda asing keluar atau korban tidak sadar.
- 2) *Abdominal Thrust* pada Korban Tidak Sadar
 - a) Ambil posisi berlutut atau mengangkangi paha klien.
 - b) Tempatkan lengan kiri di atas lengan kanan yang menempel pada abdomen tepatnya di bawah *processus xyphoideus* dan *umbilicus* dan di atas pusat/*umbilikus*.
 - c) Dorong secara cepat (*thrust quickly*) dengan dorongan pada abdomen ke arah dalam atas.



Gambar 3.23 Heimlich Maneuver



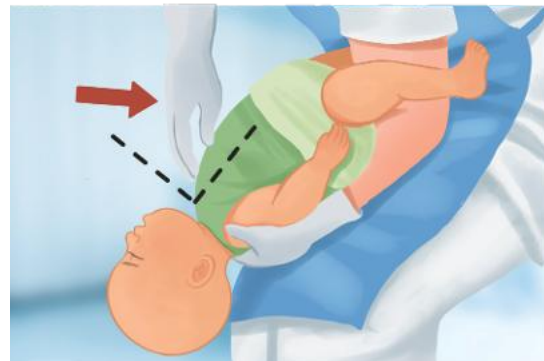
- d) Jika diperlukan, ulangi *abdominal thrust* beberapa kali untuk menghilangkan obstruksi jalan napas.
- e) Kaji jalan napas beberapa kali untuk memastikan keberhasilan tindakan ini.



Gambar 3.24 *Abdominal Thrust*

3) Manuver *Sandwich*

- a) Letakkan kepala dan tubuh bayi di antara kedua lengan menggunakan manuver *sandwich*.
- b) Tundukkan kepala bayi dan letakkan lenganmu pada paha.
- c) Jaga agar kepala bayi lebih rendah dari badannya.
- d) Lakukan 5 *back blow* dengan kuat menggunakan tumit telapak tangan diantara dua tulang skapula.
- e) Tahan kepala dan badan bayi di antara kedua lengan dengan manuver *sandwich* setelah melakukan 5 kali *back blow*.
- f) Putar bayi sampai terlentang, istirahatkan di atas paha.
- g) Berikan 5 *chest thrust* pada separuh bawah sternum sambil menghitung keras 1, 2, 3, 4, 5.



Gambar 3.25 *Sandwich Maneuver*



- h) Periksa bilamana benda asing keluar setiap selesai rangkaian 5 *back blow* dan 5 *chest thrust*.
 - i) Bila jalan napas tetap tersumbat dan bayi masih sadar, ulangi rangkaian 5 *back blow* dan 5 *chest thrust* sampai benda asing keluar atau bayi tidak sadar.
- 4) *Chest Thrust* pada Ibu Hamil dan Obesitas
- a) Letakkan tangan di bawah ketiak korban.
 - b) Lingkari dada korban dengan lenganmu.
 - c) Letakkan bagian ibu jari pada kepalan di tengah-tengah tulang dada korban.
 - d) Genggam kepalan tangan tersebut dengan tangan satunya dan hentakkan ke dalam dan ke atas.



Gambar 3.26 Chest Thrust



Ayo Pahami

Aktivitas 3.27

Baca dan pahami kasus berikut!

Seorang pria berusia 40 tahun sedang makan siang bersama rekan kerjanya di kantin. Tiba-tiba ia terlihat panik, memegang lehernya, tidak dapat berbicara, dan tidak mengeluarkan suara saat mencoba batuk. Wajahnya mulai memerah lalu membiru. Salah satu rekan di dekatnya langsung berdiri dan meminta bantuan.

Setelah kamu baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas, jawablah pertanyaan berikut dalam jurnalmu.

1. Apa diagnosis kondisi yang sedang dialami pria tersebut? Jelaskan alasanmu.
2. Apa langkah pertama yang harus kamu lakukan saat melihat situasi ini?
3. Sebutkan dan jelaskan teknik pertolongan yang tepat untuk korban tersedak dalam kondisi sadar dan mengalami sumbatan total.
4. Apa yang harus dilakukan jika korban kehilangan kesadaran sebelum benda asing berhasil dikeluarkan? Jelaskan langkah-langkah selanjutnya!





Ayo Lakukan!

Aktivitas 3.28

Setelah kalian menjawab soal pada aktivitas sebelumnya, tentunya kamu sudah memahami tindakan yang akan dilakukan.

1. Buatlah kelompok dengan 2-3 orang anggota.
2. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
3. Lakukan praktik *choking management* sesuai kasus di atas.
4. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik kalian.

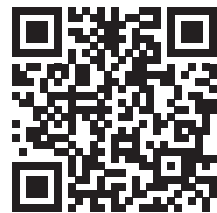


Suplemen

Tahukah kamu penyakit jantung menjadi pembunuh peringkat pertama di dunia yang mengancam jiwa manusia. Salah satu Penyakit jantung yang sering terjadi yaitu henti jantung (*cardiac arrest*). Henti jantung merupakan gangguan dan hilangnya fungsi kualitas jantung yang sering ditandai dengan tidak terabanya nadi karotis, tidak adanya pernapasan, dan penurunan kesadaran. Mayoritas kejadian *cardiac arrest* terjadi di rumah dan umumnya tidak diketahui.

Insiden henti jantung di Amerika mencapai 359.400 orang dan merupakan keadaan gawat darurat (Yasin et al., 2020). Di Indonesia sendiri belum didapatkan data yang jelas mengenai jumlah prevalensi kejadian henti jantung di kehidupan sehari-hari atau di luar rumah sakit. Namun diperkirakan sekitar 10.000 warga per tahun yang berarti 30 orang per hari mengalami henti jantung. Kejadian terbanyak dialami oleh penderita jantung koroner. Kematian yang disebabkan oleh penyakit jantung pembuluh darah, terutama penyakit jantung koroner dan stroke diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030 (Etlidawati & Miliana, 2021).

Untuk menambah wawasanmu mengenai kasus di atas, pindai kode QR di samping!



<https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/1mj0lu>



D. Perawatan Disabilitas

Manusia adalah makhluk ciptaan Tuhan yang memiliki keunikan masing-masing. Meskipun ada di antara kita yang terlahir dengan kondisi disabilitas atau perbedaan kemampuan. Perbedaan ini sering kali menjadi perhatian masyarakat. Sayangnya, individu dengan kondisi tersebut kerap kali menghadapi stigma negatif yang berdampak pada berkurangnya penghargaan terhadap harkat dan martabat mereka. Kekurangan yang dimiliki sering dianggap sebagai sesuatu yang tidak wajar, sehingga memperkuat pandangan yang keliru di tengah masyarakat.



Ayo amati

Aktivitas 3.29

Tonton dan amati video pada tautan <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/8y81qv> atau kamu dapat memindainya pada kode QR berikut.



Sumber: UNICEF
Indonesia

Setelah kamu melihat video tersebut, apa yang kamu rasakan? Apakah pernah kamu melihat dan membantu klien penyandang disabilitas? Pernahkah kamu melihat perbedaan sikap seseorang kepada penyandang disabilitas? Jika kalian melihat itu, apa yang akan kamu lakukan? Ayo ceritakan pengalamanmu ketika berinteraksi dengan penyandang disabilitas!

Menurut UU No. 8 Tahun 2016, penyandang disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak. Disahkannya Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang penyandang disabilitas, menjadi tonggak penting bagi pemerintah Indonesia dalam mendorong penghapusan stigma serta perlakuan diskriminatif terhadap penyandang disabilitas. Undang-undang ini memosisikan penyandang disabilitas sebagai subjek pembangunan dan bagian dari modal sosial yang memiliki potensi untuk berkontribusi dalam proses pembangunan nasional.



Gambar 3.27 Berbagai Kondisi Disabilitas

Dalam undang-undang tersebut diatur hak penyandang disabilitas, di antaranya hak kesehatan. Penyandang disabilitas berhak memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan, memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan, memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau, memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya, memperoleh alat bantu kesehatan berdasarkan kebutuhannya, memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah, memperoleh perlindungan dari upaya percobaan medis, dan memperoleh perlindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.

Menurut Pasal 1 angka 10 dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang penyandang disabilitas, “alat bantu” didefinisikan sebagai sarana yang digunakan untuk mendukung kemandirian individu penyandang disabilitas dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Alat bantu ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan penyandang disabilitas dalam memenuhi hak-hak dasarnya di tengah masyarakat. Jenis-jenis alat bantu tersebut meliputi berikut ini.

1. Alat bantu untuk disabilitas fisik, seperti tongkat penyangga (kruk), kursi roda, kaki/tangan palsu (prosthesis), dan alat penyangga tubuh (ortesa).
2. Alat bantu untuk disabilitas sensorik, seperti reglet, tongkat putih, kacamata khusus untuk *low vision*, jam tangan berbicara, komputer dengan fitur suara, alat bantu dengar, dan lainnya.
3. Alat bantu untuk disabilitas intelektual, seperti alat bantu pembelajaran, buku berbicara, dan permainan edukatif.

1. Teknik Komunikasi dengan Penyandang Disabilitas

Pelayanan kesehatan penyandang disabilitas yang diberikan oleh tenaga kesehatan, tentunya sudah memiliki kompetensi dan kewenangan untuk melakukan pelayanan terhadap penyandang disabilitas dari fasilitas kesehatan tingkat pertama sampai ke tingkat lanjut. Komunikasi merupakan upaya dalam pelayanan yang paling dibutuhkan selain pelayanan kesehatan lainnya bagi penyandang disabilitas. Di bawah ini merupakan teknik komunikasi dengan penyandang disabilitas sesuai jenisnya.

a. Disabilitas Netra (Gangguan Penglihatan)

- 1) Hindari menyentuh klien sebelum memperkenalkan diri, kecuali dalam situasi darurat.
- 2) Jangan menganggap bahwa klien sepenuhnya tidak dapat melihat.
- 3) Gunakan suara normal saat berbicara.
- 4) Jangan menjauhkan tongkat atau alat bantu visual milik klien.
- 5) Beritahukan kepada klien jika akan meninggalkan klien.



b. Disabilitas Rungu (Gangguan Pendengaran)

- 1) Pastikan klien memperhatikan kamu terlebih dahulu sebelum berbicara; bila perlu, sentuh lembut pundaknya jika mereka tidak melihat ke arahmu.
- 2) Hindari berbicara dengan berteriak.
- 3) Tatap wajah klien secara langsung dan pastikan mereka dapat melihat gerakan bibirmu.
- 4) Tanyakan kepada klien metode komunikasi yang mereka sukai (isyarat, tulisan, atau alat bantu dengar).

c. Disabilitas Fisik

- 1) Jangan beranggapan bahwa klien dengan disabilitas fisik juga memiliki keterbatasan mental.
- 2) Jika memungkinkan, duduk sejajar dengan mata klien untuk menciptakan komunikasi yang setara.
- 3) Jangan memindahkan alat bantu, seperti tongkat, kruk, atau kursi roda tanpa izin atau tanpa mengembalikan ke tempat semula.
- 4) Jika klien menggunakan kursi roda, hindari bersandar atau menyentuh kursi roda tanpa persetujuan.

d. Disabilitas Wicara

- 1) Meskipun klien berbicara lambat atau tidak jelas, bukan berarti mereka kesulitan memahami informasi atau belajar.
- 2) Jika ada informasi yang tidak dipahami, minta klien untuk mengulanginya agar bisa diklarifikasi.
- 3) Gunakan pertanyaan sederhana yang memungkinkan klien menjawab dengan “ya” atau “tidak”.
- 4) Berikan waktu yang cukup bagi klien untuk menyampaikan keluhannya tanpa tergesa-gesa.

e. Disabilitas Intelektual

- 1) Sampaikan informasi dengan cara yang mudah dimengerti sesuai dengan tingkat pemahaman klien.
- 2) Gunakan bahasa yang sederhana dan kalimat pendek, ulangi penjelasan bila diperlukan.
- 3) Tetap sopan, tenang, dan sabar saat berkomunikasi.
- 4) Pastikan klien dan/atau keluarganya memahami informasi yang disampaikan, serta berikan dukungan dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan mereka.



2. Penatalaksanaan Disabilitas

Menurut Survei Sosial Ekonomi Nasional (2020), penyandang disabilitas di Indonesia sebanyak 22,97 juta jiwa. Kelompok kesulitan fungsional terbanyak di Indonesia, yakni penyandang disabilitas kategori berat sebanyak 6,1 juta jiwa yang terdiri atas 1,2 juta jiwa dengan keterbatasan fisik, 3,07 juta jiwa dengan keterbatasan sensorik, 149 ribu jiwa dengan keterbatasan mental, dan 1,7 juta jiwa dengan keterbatasan intelektual. Penatalaksanaan disabilitas perlu dilakukan secara spesifik sesuai dengan klasifikasi dan jenis disabilitas yang dialami oleh individu agar intervensi yang diberikan dapat berjalan secara optimal dan berbasis kebutuhan. Di bawah ini merupakan perawatan disabilitas yang sering dilakukan di masyarakat.

a. Perawatan bagi Penyandang Disabilitas Netra (Tunanetra)

Berikut beberapa cara agar hidup penyandang tunanetra tetap nyaman dan mandiri.

- 1) Cari informasi tentang kebutaan.

Pelajari kondisi kebutaan dari dokter mata atau orang lain yang juga tunanetra. hal ini dapat membantu memahami cara hidup yang lebih baik.

- 2) Dapatkan dukungan psikologis.

Jika kehilangan penglihatan terjadi saat dewasa, contohnya karena kecelakaan, mungkin timbul rasa sedih atau tidak berdaya. Berkonsultasi dengan dokter, psikolog, atau psikiater akan membantu menghadapi kondisi ini.

- 3) Belajar huruf Braille.

Huruf Braille memungkinkan tunanetra membaca dan menulis. Mereka dapat membaca buku, koran, atau artikel daring dengan sistem titik-titik ini. Dapat juga menggunakan komputer dengan bantuan perangkat lunak pembaca layar atau papan tik khusus Braille.

- 4) Buat pekerjaan rumah lebih mudah.

Huruf Braille dapat ditempelkan sebagai label pada alat rumah tangga untuk membantu penyandang tunanetra menjalankan tugas sehari-hari secara mandiri.

- 5) Belajar bergerak secara mandiri.

Agar dapat berjalan dengan aman dan nyaman, penyandang tunanetra dapat belajar cara menggunakan tongkat khusus atau bahkan bantuan anjing pemandu yang sudah terlatih.

- 6) Jalani hidup sehat.

Penyandang tunanetra dapat tetap aktif berolahraga dan menjalani hobi. Konsultasikan dengan dokter atau pelatih untuk mengetahui olahraga yang aman. Bergabung dengan komunitas tunanetra juga dapat menambah informasi dan memperluas pergaulan.



- 7) Dapatkan dukungan dari keluarga dan lingkungannya.

Walaupun seseorang dengan disabilitas netra dapat hidup mandiri, dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitar tetap penting untuk membangun rasa percaya diri dan semangat dalam menjalani kehidupan tanpa penglihatan. Selain memberikan dukungan emosional, keluarga juga dapat membantu dalam penataan rumah agar lebih aman dan nyaman. Sebagai contoh, keluarga dapat mengatur ulang letak perabotan agar mudah diakses, menyingkirkan benda-benda yang berisiko menimbulkan bahaya, dan membantu mengenali nilai uang kertas atau koin yang berbeda.

b. Perawatan bagi Penyandang Disabilitas Fisik (Fokus pada Klien Strok)

Penyandang disabilitas fisik dikarenakan strok banyak dijumpai di sekitar kita. Perawatan klien seperti ini di fasilitas layanan kesehatan maupun di rumah memerlukan perhatian dan kesabaran. Berikut persiapan alat bahan serta langkah-langkah perawatan yang dapat dilakukan.

1) Alat dan Bahan

- a) APD
- b) Alat bantu jalan (disesuaikan dengan kondisi klien)
- c) Buku catatan dan alat tulis
- d) Alat makan (disesuaikan dengan kondisi klien)
- e) Spuit NGT
- f) Bubur cair (disesuaikan dengan kondisi klien)

2) Langkah-Langkah Kerja

- a) Bantu saat berpindah tempat.
Jika klien masih lemah atau belum dapat berjalan sendiri, bantu saat berpindah posisi atau berjalan untuk mencegah terjatuh.
- b) Dorong klien agar aktif bergerak.
Latih anggota tubuh terutama bagian yang lemah dengan gerakan harian ringan sebagai pelengkap terapi medis. Kegiatan ini berguna untuk mencegah kekakuan dan menjaga kekuatan otot.
- c) Bantu saat makan.
Banyak klien strok mengalami kesulitan menelan (disfagia), bahkan beberapa masih menggunakan selang makan (NGT). Posisikan klien duduk tegak saat makan dan berikan makanan di sisi mulut yang masih kuat untuk mencegah tersedak.



d) Latih kemampuan bicara.

Jika klien mengalami afasia (gangguan berbicara), ajak berkomunikasi sesering mungkin. Beri semangat agar klien mencoba berbicara atau gunakan media bantu seperti menulis di kertas jika diperlukan.

e) Stimulasi daya ingat dan orientasi.

Latih fungsi otak klien dengan mengingatkan hari, waktu, serta nama orang-orang di sekitarnya secara rutin.

f) Ciptakan lingkungan yang ramah dan aman.

Sesuaikan kondisi rumah dengan kondisi klien. Sebagai contoh, atur tempat tidur agar tidak terlalu tinggi, letakkan barang-barang penting dalam jangkauan, pastikan lantai tidak licin agar klien tidak terpeleset, ingatkan klien jadwal minum obat dan kunjungan terapi medis atau rehabilitasi.

c. Hal-hal Penting dalam Merawat Penyandang Disabilitas

Berikut hal yang perlu diperhatikan oleh tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* saat memberikan perawatan kepada klien penyandang disabilitas.

1) Pastikan Lingkungan Mudah Diakses

Lingkungan tempat tinggal atau perawatan harus mudah diakses oleh penyandang disabilitas. Contohnya: menyediakan jalan landai, pegangan tangan, pintu yang cukup lebar, serta alat bantu, seperti kursi roda atau alat bantu dengar. Untuk tunanetra, tanda Braille dapat dipasang di tempat-tempat penting seperti toilet atau pintu keluar.

2) Bangun Hubungan Baik dengan Klien

Kenali klien secara pribadi, tanyakan minat, hobi, dan tujuan hidup mereka. Hal ini membantu menciptakan suasana nyaman dan membuat perawatan lebih sesuai dengan kebutuhan klien.

3) Gunakan Komunikasi yang Jelas dan Sabar

Setiap klien mempunyai cara komunikasi yang berbeda, bisa dengan bicara, bahasa tubuh, atau alat bantu. Gunakan kata-kata sederhana, dengarkan dengan baik, dan beri waktu cukup agar klien dapat menyampaikan perasaannya. Bila perlu, minta bantuan dari terapis wicara atau ahli komunikasi.

4) Dukung Kemandirian Klien

Ajak klien untuk ikut serta dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan mereka. Dukung agar mereka mandiri dalam aktivitas sehari-hari sesuai kemampuannya. Hal ini dapat membuat mereka lebih percaya diri dan merasa dihargai.



5) Perhatikan Kesehatan Fisik dan Mental

Selain gejala fisik, klien mungkin juga merasa stres atau sedih karena kondisinya. Bantu kelola rasa sakit, tingkatkan kenyamanan, dan dorong klien untuk membicarakannya perasaannya. Jika perlu, arahkan mereka kepada konselor atau terapis.

6) Kerja Sama dengan Tim Kesehatan Lainnya

Perawatan penyandang disabilitas sering membutuhkan bantuan dari berbagai tenaga profesional, seperti terapis, psikolog, atau pekerja sosial. Kerja sama ini membantu merancang rencana perawatan yang lebih menyeluruh.

7) Terus Belajar dan Mengikuti Perkembangan Terbaru

Dunia kesehatan selalu berkembang. Tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* sebaiknya terus belajar dan mengikuti pelatihan agar pengetahuan dan keterampilannya selalu *up-to-date*, sehingga dapat memberikan perawatan terbaik bagi penyandang disabilitas.

Ayo Bermain Peran!

Aktivitas 3.30

Bacalah skenario kasus berikut!

Bapak S (65 tahun) sudah 3 hari dirawat di ruang penyakit dalam laki-laki dengan diagnosis medis stroke iskemik. Stroke tersebut menyebabkan hemiparesis sisi kanan (kelemahan pada tangan dan kaki kanan) serta kesulitan berbicara ringan (afasia motorik). Klien menggunakan selang NGT karena mengalami kesulitan menelan (dispagia). Keluarga klien mengatakan klien mempunyai riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu dan tidak rutin minum obat penurun tekanan darah tinggi. Dokter menginstruksikan kepada perawat dan tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* untuk melakukan perawatan pada klien.

1. Baca dan pahami kondisi klien berdasarkan kasus di atas.
2. Identifikasi indikasi dan tujuan perawatan disabilitas pada kasus ini.
3. Siapkan alat dan bahan sesuai prosedur.
4. Lakukan *playrole* perawatan disabilitas secara berpasangan.
5. Diskusikan hasil dan refleksikan pengalaman praktik dalam permainan peran kalian.



Asesmen Sumatif 3

A Berikan tanda silang (X) pada satu pilihan jawaban yang benar!

1. Ny. S usia 45 tahun dirawat di ruangan Anggrek dengan diagnosis medis PPOK. Klien tampak mengalami kecemasan selama dirawat. Hasil pengkajian menunjukkan frekuensi pernapasan pasien 26x/menit, klien tampak cemas, terlihat napas pendek dan cepat. Melihat kondisi klien, seorang tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* menganjurkan klien untuk melakukan teknik napas dalam. Setelah 15 menit melakukan teknik napas dalam, tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* mengevaluasi respons klien. Klien melaporkan merasa lebih tenang dan pernapasan menjadi lebih lambat. Frekuensi pernapasan menjadi 18x/menit. Indikator keberhasilan intervensi yang paling objektif adalah
 - a. Klien tersenyum dan berbicara lebih aktif
 - b. Saturasi oksigen meningkat dari 94% ke 98%
 - c. Klien menyatakan, "Saya merasa lebih baik sekarang"
 - d. Tidak ada keluhan nyeri dada setelah latihan
 - e. Frekuensi pernapasan menurun dari 26x/menit menjadi 18x/menit
2. Tn. A usia 64 tahun dirawat di ruang paru dengan diagnosis pneumonia. Setelah diajarkan teknik batuk efektif oleh tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving*, ia tampak batuk kuat sebanyak tiga kali berturut-turut dan mengeluarkan sputum kental berwarna kehijauan. Tindakan selanjutnya yang paling tepat dilakukan tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* adalah
 - a. menyuruh klien segera berhenti batuk agar tidak kelelahan
 - b. melaporkan hasil batuk kepada dokter jaga
 - c. mencatat hasil batuk dan menilai pola napas serta saturasi oksigen
 - d. mengganti posisi klien menjadi tidur miring kiri
 - e. memberikan air minum dingin untuk meredakan tenggorokan
3. Tn. D usia 70 tahun dirawat di ruang ortopedi pria. Klien mengalami nyeri pada lutut akibat osteoarthritis. Tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* akan memasang buli-buli panas untuk mengurangi nyeri. Langkah awal yang paling tepat untuk melibatkan klien secara aktif adalah
 - a. langsung memasang buli-buli saat klien tidur
 - b. meminta klien melepas pakaian tanpa penjelasan
 - c. menjelaskan tujuan tindakan dan meminta persetujuan klien
 - d. menyiapkan alat tanpa berbicara
 - e. meminta klien untuk diam agar tidak memperlambat tindakan



4. Nn. M usia 28 tahun, atlet *mixed martial arts* (MMA), sedang dirawat di ruang trauma bedah wanita akibat memar hebat pada bagian paha setelah pertandingan. Ia diminta berbaring untuk terapi dingin. Posisi yang tepat untuk pemasangan kirbat es agar terapi efektif dan aman adalah
 - a. duduk tegak dengan kaki menggantung
 - b. berdiri agar sirkulasi darah lancar
 - c. tidur miring ke kanan
 - d. posisi supinasi dengan paha ditinggikan dan kirbat es dilapisi handuk tipis
 - e. posisi tengkurap agar bagian paha mudah diakses
5. Tn. R usia 30 tahun sedang dirawat di ruang infeksi pria karena TBC. Ia mendapat obat kombinasi anti TBC secara oral setiap pagi. Selama dua hari, klien selalu merasa mual dan muntah setiap meminum obatnya. Langkah terbaik tenaga penunjang keperawatan dan *caregiving* untuk mengatasi hal tersebut tanpa menghentikan terapi adalah ...
 - a. edukasi cara pemberian obat saat perut kosong dan laporkan efek samping kepada dokter
 - b. memberikan obat bersamaan dengan makanan berat
 - c. sarankan klien puasa sebelum minum obat
 - d. ganti obat oral dengan bentuk injeksi
 - e. minta klien minum obat malam hari sebelum tidur

B. Berikan tanda silang (X) pada jawaban yang benar. Kamu dapat memilih lebih dari satu jawaban!

1. Tn. A berusia 60 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dan akan menjalani tindakan invasif berupa pemasangan kateter oleh perawat. Ia terlihat gelisah dan bertanya terus-menerus mengenai prosedur tindakan. Perawat menginstruksikan kepada tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* untuk memberikan teknik relaksasi napas dalam sebelum prosedur dimulai. Tanda-tanda yang menunjukkan keberhasilan teknik relaksasi napas dalam yang diberikan adalah
 - a. Klien melaporkan merasa lebih tenang
 - b. Frekuensi napas menjadi lebih lambat dan teratur
 - c. Denyut jantung meningkat
 - d. Ekspresi wajah klien tampak lebih rileks
 - e. Klien tidak lagi menanyakan prosedur yang akan dilakukan
2. Ny. W berusia 28 tahun, datang ke poliklinik dengan keluhan nyeri haid di bagian perut bawah. Kamu yang bertugas di ruangan tersebut diinstruksikan untuk memberikan terapi nonfarmakologis berupa pemasangan buli-buli panas untuk membantu mengurangi rasa nyeri. Tindakan yang harus dilakukan tenaga penunjang keperawatan dan *caregiving* saat menyiapkan buli-buli panas sebelum diberikan kepada klien adalah
 - a. Mengisi buli-buli panas dengan air mendidih hingga penuh



- b. Mengeluarkan udara dari dalam buli-buli sebelum ditutup
 - c. Menggunakan pelapis atau pembungkus kain sebelum meletakkan di kulit klien
 - d. Memastikan tidak ada kebocoran pada buli-buli
 - e. Menggoyangkan buli-buli sebelum diberikan untuk mencampur suhu air
3. Tn. B berusia 25 tahun datang ke klinik dengan keluhan mengalami keseleo pada pergelangan kaki saat bermain futsal. Area pergelangan tampak bengkak dan kemerahan. Kamu sebagai tenaga penunjang keperawatan dan *caregiving* diinstruksikan untuk memberikan terapi dingin menggunakan kirbat es. Tujuan dari pemasangan kirbat es pada klien tersebut adalah
- a. Mengurangi nyeri pada area cedera
 - b. Meningkatkan aliran darah ke area cedera
 - c. Mengurangi pembengkakan dan inflamasi
 - d. Mencegah kerusakan jaringan lebih lanjut
 - e. Meningkatkan kontraksi otot
4. Nn. H usia 20 tahun datang ke poliklinik mata dengan keluhan nyeri mata dan kemerahan. Dokter memberikan resep obat tetes mata kepada klien. Setelah obat tetes tersedia, dokter menginstruksikan kepada kamu sebagai tenaga penunjang keperawatan dan *caregiving* untuk memberikan obat tetes mata. Setelah diberikan obat tetes mata, klien merasa tidak nyaman dan mengeluh iritasi, rasa terbakar, dan pandangan kabur sementara. Tindakan yang perlu dilakukan sebagai tenaga penunjang keperawatan dan *caregiving* dalam menanggapi keluhan klien tersebut adalah
- a. Memberi tahu klien bahwa rasa terbakar ringan bisa terjadi sementara
 - b. Menganjurkan klien mengucek mata untuk mengurangi rasa tidak nyaman
 - c. Memeriksa reaksi alergi atau sensitivitas terhadap obat
 - d. Menghentikan penggunaan obat secara tiba-tiba tanpa konfirmasi dokter
 - e. Melaporkan reaksi tidak biasa kepada dokter
5. Ny. M usia 48 tahun mengalami tuli *sensorineural* setelah mengalami infeksi kronis telinga. Ia tampak kesulitan memahami instruksi verbal saat di ruang perawatan. Strategi komunikasi yang efektif saat berinteraksi dengan klien pada kasus tersebut adalah
- a. Berbicara sambil membelakangi klien untuk menjaga privasi
 - b. Menggunakan bahasa tubuh dan ekspresi wajah saat berkomunikasi
 - c. Menulis instruksi penting jika klien tidak memahami ucapan
 - d. Berbicara secara perlahan dan artikulatif sambil menghadap klien
 - e. Berteriak lebih keras agar klien bisa mendengar lebih baik



C. Kerjakan soal di bawah ini dengan benar!

1. Ny. W usia 49 tahun, datang ke poli kulit dan kelamin dengan keluhan kulit gatal, kemerahan, dan lecet setelah kontak dengan deterjen. Klien menggaruk area tersebut hingga muncul luka basah dan nyeri. Ny. W didiagnosis dermatitis kontak dengan infeksi sekunder. Dokter memberikan resep salep anti inflamasi topikal dua kali sehari. Apa saja yang harus dinilai tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* pada area kulit sebelum mengoleskan obat topikal dan mengapa penilaian ini penting?
2. Ny. S usia 29 tahun dirawat di ruang obstetri setelah persalinan normal. Ia mendapat suppositoria paracetamol karena demam dan nyeri perineum. Dua jam pasca pengobatan, klien masih mengeluh nyeri hebat. Apa langkah evaluatif yang perlu dilakukan perawat terkait efektivitas obat dan apa tindak lanjut yang tepat?
3. Ny. L usia 55 tahun dirawat di ruang kardiologi wanita. Klien tiba-tiba kehilangan kesadaran saat duduk. Setelah diperiksa, tidak ada napas dan nadi. Jelaskan teknik pemberian kompresi dada yang efektif sesuai standar bantuan hidup dasar (BHD), serta bagaimana *soft skill* kamu berperan dalam bekerja sama dengan tim medis?
4. Ny. R usia 60 tahun, klien *post stroke* di ruang rehabilitasi tiba-tiba terbatuk-batuk keras dan tidak mampu berbicara saat makan siang. Ia memegang leher dan tampak panik. Jelaskan bagaimana kamu mengenali tanda-tanda *choking*! Apa tindakan awal yang harus dilakukan oleh tenaga penunjang keperawatan dan *caregiving*?
5. Ny. L usia 68 tahun dirawat di ruang neurologi. Klien mengalami hemiplegia kanan *post stroke* 5 hari lalu. Ia mencoba turun dari tempat tidur tanpa bantuan dan hampir jatuh. Identifikasi risiko dan jelaskan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mencegah cedera pada klien dengan disabilitas fisik *post stroke*!
6. Seorang klien dengan disabilitas mental ringan dirawat di bangsal kejiwaan. Klien tampak enggan berbicara dengan perawat dan lebih sering menyendiri. Ketika didekati, klien menunduk dan hanya menjawab singkat. Bagaimana pendekatan komunikasi empatik yang dapat dilakukan oleh tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* untuk membangun hubungan terapeutik dengan klien tersebut?
7. Penanganan klien remaja dengan gangguan intelektual dilakukan secara tim, melibatkan perawat, terapis okupasi, psikolog, serta tenaga pendukung seperti asisten keperawatan dan caregiver. Kamu sebagai tenaga penunjang keperawatan dan *caregiving* menemukan bahwa klien tidak menunjukkan kemajuan dalam aktivitas harian. Bagaimana kamu akan berkolaborasi dalam tim untuk meningkatkan hasil perawatan klien?
8. Seorang ibu datang ke posyandu dan bertanya mengapa anaknya yang berusia 2 tahun sering tersedak saat makan. Ia belum memahami cara mencegah tersedak. Bagaimana kamu sebagai tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* memberikan edukasi kepada orang tua, untuk mencegah terjadinya tersedak pada balita di rumah?



9. Nn. S usia 16 tahun, ingin belajar cara memberikan kompres hangat di rumah, karena sering mengalami kram perut saat haid. Ia khawatir membuat air terlalu panas atau salah prosedur. Bagaimanakah cara kamu memberikan edukasi kepada klien tersebut?
10. Tn. G usia 18 tahun, datang ke IGD dengan benjolan merah dan bengkak pada pergelangan kaki setelah terkilir saat olahraga. Dokter menginstruksikan kepada tenaga layanan penunjang keperawatan dan *caregiving* untuk memberikan kompres dingin basah sebagai penanganan awal. Menurut kamu mengapa tindakan tersebut diberikan kepada klien terkilir?



Pengayaan

Tahukah kamu, *stroke* adalah salah satu penyakit yang menyebabkan disabilitas. Ketika klien *discharge* dari rumah sakit, *caregiver* keluarga berperan penting dalam merawat pasien *stroke* dan memenuhi kebutuhan dasarnya. Selama perawatan berlangsung *caregiver* keluarga akan mengalami tingginya beban dalam merawat pasien dan juga kesehatan mental mengalami penurunan. Di Indonesia, *caregiver* biasanya berasal dari anggota keluarga, seperti suami/istri, anak, saudara ataupun orang tua (*family caregiver*) yang belum mendapatkan pelatihan cara merawat anggota keluarga yang sakit (Bourgeois-Guérin et al., 2008).

Di sinilah pentingnya peran tenaga layanan kesehatan dalam perawatan klien disabilitas dengan riwayat *stroke*. Untuk itu, pindai kode QR di samping agar kamu lebih mengetahuinya!



Tautan Ringkas: <https://buku.kemendikdasmen.go.id/s/b37ld7>

Sumber: RSUD Pasar Minggu

Refleksi bab 3

Setelah mempelajari bab ini, jawablah pertanyaan berikut sesuai dengan kondisi dan perasaanmu sendiri!

1. Apa hal baru yang kamu dapatkan dan kesulitan yang ditemukan setelah mendapatkan materi?
2. Apa yang kamu rasakan setelah mendapatkan pembelajaran?
3. Apa yang akan kamu lakukan ke depannya untuk mengaplikasikan pembelajaran yang telah kamu dapatkan?

Buatlah video pendek/reels membuat esai tertulis dari jawaban-jawaban di atas. Video/esai tertulis dapat dilengkapi dengan dokumentasi selama pembelajaran bab 3. laporkan hasilnya kepada pendidik.



Lampiran

Materi Pengayaan QR Code

1. *Premenstrual Syndrome (PMS)*

Premenstrual syndrome atau PMS jika tidak diberikan perawatan yang benar akan memengaruhi kehidupan wanita secara fisik, emosional, dan sosial. Sebagai calon tenaga kesehatan, kamu perlu memahami kondisi ini.

a. Pengertian

Premenstrual syndrome merupakan sekumpulan gejala yang muncul ketika perempuan akan mengalami menstruasi atau sedang terjadi menstruasi (Kamilah, Z.D., et al, 2021). Gejala yang muncul dapat berupa ketidaknyamanan pada fisik atau emosi.

b. Faktor Risiko

- 1) Stressor
- 2) Lingkungan
- 3) Status perkawinan
- 4) Aktivitas fisik
- 5) Genetik
- 6) Gangguan perasaan seperti kecemasan
- 7) Gangguan kejiwaan
- 8) Gangguan hormonal
- 9) Usia *menarche*

c. Manifestasi Klinis

Menurut Susilawati et al. (2024), gejala PMS meliputi perubahan fisik dan perubahan emosional.

- 1) Perubahan fisik: nyeri haid (*dysmenorrhea*), kram perut, payudara membesar, nyeri sendi pada tangan dan kaki, sakit kepala, dan sulit tidur.
- 2) Perubahan emosional dan psikologis: mudah marah dan tersinggung, nafsu makan meningkat, perubahan suasana hati yang tidak stabil (cemas, sedih, depresi), penurunan keinginan beraktivitas, serta sulit konsentrasi.

Setelah mengetahui konsep PMS, apa yang akan kamu lakukan kepada klien yang mengalami gejala PMS? Tentunya seorang perawat harus memberikan asuhan keperawatan, perhatikan proses keperawatan pada klien PMS di bawah ini!.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan: kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, dan pemeriksaan fisik. Kaji siklus haid, karakteristik nyeri yang dirasakan dan gejala lain yang muncul. Pemeriksaan penunjang jika diperlukan adalah USG abdominal dan transvaginal.
- 2) Diagnosis Keperawatan: nyeri akut, kelelahan, dan ansietas.
- 3) Intervensi Keperawatan: manajemen nyeri, manajemen energi, dan reduksi ansietas.
- 4) Implementasi Keperawatan: memberikan tindakan manajemen nyeri nonfarmakologi, seperti pemberian bali-bali hangat pada abdomen, memberikan aktivitas distraksi, dan melatih aktivitas relaksasi untuk mengurangi ansietas.
- 5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan: menilai respon dan keadaan klien selama diberikan tindakan dan setelah dilakukan tindakan.

2. Benigna Prostat Hiperplasia (BPH)

a. Pengertian

Benigna prostat hiperplasia (BPH) merupakan pembesaran kelenjar prostat yang bersifat jinak. Pembesaran tersebut memanjang ke atas ke dalam kandung kemih dan menyumbat aliran urin sampai orifisium uretra (Safitri, et al. 2023).

b. Faktor Risiko

- 1) Pria usia > 50 tahun
- 2) Genetik
- 3) Pola hidup tidak sehat, seperti jarang berolahraga, merokok, dan mengonsumsi minuman mengandung alkohol.
- 4) Obesitas
- 5) Penyakit jantung dan diabetes

c. Manifestasi Klinis

- 1) Urgensi: perasaan ingin buang air kecil yang sulit ditahan.
- 2) Frekuensi: buang air kecil lebih sering dan dapat terjadi pada malam hari (nokturia).
- 3) Disuria: nyeri saat buang air kecil.
- 4) Rasa tidak puas setelah buang air kecil.



- 5) Pancaran urin lemah dan menetesnya urin pada akhir pengeluaran urin (*terminal dribbling*).
- 6) Terputus-putusnya aliran urin (*intermittency*).
- 7) Waktu buang air kecil yang lama disertai dengan mengejan (*hesitansi*).

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan: kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji adanya gejala hesitansi, pancaran urin lemah, *intermittency*, *terminal dribbling*, terasa ada sisa setelah buang air kecil, serta gejala urgensi, frekuensi dan disuria. Pemeriksaan fisik yang dilakukan meliputi pemeriksaan pada abdomen dan rektal dengan cara pemeriksa akan memasukkan jari ke rektum untuk memeriksa ukuran dan kondisi prostat. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium, USG prostat, *uroflowmetry*, *sistoskopi* dan *urinalysis*.
- 2) Diagnosis Keperawatan: retensi urine, nyeri akut, dan ansietas.
- 3) Intervensi Keperawatan: manajemen cairan, kolaborasi pemberian terapi farmakologi, manajemen nyeri, dan edukasi prosedur yang akan dilakukan.
- 4) Implementasi Keperawatan: pemberian cairan oral dan intravena, evaluasi input dan output cairan, melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi, memberikan edukasi relaksasi untuk menurunkan nyeri seperti perubahan posisi. Memberikan edukasi terkait prosedur tindakan yang akan dilakukan untuk mengurangi ansietas pada klien.
- 5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan: menilai respon klien saat dan setelah tindakan diberikan.

3. Hipotiroidisme

a. Pengertian

Hipotiroidisme adalah kelenjar tiroid dalam kondisi tidak dapat memproduksi hormon tiroid sesuai kebutuhan tubuh (Suryatini, N, dkk, 2024). Pada kondisi hipotiroid, kadar hormon tiroksin dan triiodotironin (T4 dan T3) mengalami penurunan, sedangkan *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH) meningkat. Kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi dan kematian.

b. Faktor Risiko

Menurut Tarigan & Siahaan (2021), faktor risiko yang berperan dalam terjadinya hipotiroidisme adalah sebagai berikut.

- 1) Kurang mengonsumsi garam.
- 2) Riwayat kelainan penyakit diabetes tipe 1, dan penyakit autoimun, seperti *rheumatoid arthritis*, *multiple sclerosis*, *celiac disease*, *addison*, anemia pernisirosa, dan vitiligo.
- 3) Riwayat melakukan radiasi dan *radioactive iodine*.



- 4) Riwayat tiroidektomi
- 5) Menderita *sindrom turner* dan *down*

c. Manifestasi Klinis

- 1) Pembengkakan pada kelenjar tiroid, kerontokan pada rambut, kuku rapuh, dan kulit kering.
- 2) Kram dan parastesia pada jari-jari tangan.
- 3) Jarang berkeringat serta tidak tahan udara dingin.
- 4) Ingatan berkurang, gangguan pendengaran, dan suara menjadi parau.
- 5) Gangguan haid, seperti menoragia atau amenore
- 6) Denyut jantung melambat, dan peningkatan berat badan tanpa peningkatan asupan makanan.
- 7) Konstipasi
- 8) Mudah stres

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan: kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Lakukan palpasi pada leher untuk mengecek adanya pembesaran kelenjar tiroid. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium untuk melihat kadar hormon T3 dan T4.
- 2) Diagnosis Keperawatan: konstipasi, defisit nutrisi, dan defisit pengetahuan
- 3) Intervensi Keperawatan: manajemen cairan, kolaborasi pemberian obat pencahar jika diperlukan, pemberian diet, dan edukasi kepatuhan terhadap terapi hormon tiroid yang sudah diresepkan dokter.
- 4) Implementasi Keperawatan: memberikan cairan sesuai kebutuhan tubuh klien dan memberikan makanan tinggi serat untuk mengatasi konstipasi. Memberikan pencahar sesuai resep dokter, melakukan konsultasi dengan ahli gizi untuk menu diet klien serta memberikan edukasi agar klien patuh terhadap terapi hormon tiroid sesuai anjuran dokter.
- 5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan: lakukan pencatatan respon klien selama dan sesudah tindakan untuk menilai keberhasilan tindakan.

4. Alzheimer

Gejala demensia atau pelupa yang sering dikenal pikun di masyarakat, memiliki dampak pada lansia dan keluarga, sehingga perlunya perhatian tenaga kesehatan dalam menurunkan gejala ini. Kamu dapat membantu klien lansia demensia dengan mengenal konsep penyakitnya.

a. Pengertian

Alzheimer merupakan penyakit neurodegeneratif progresif yang disebabkan karena penurunan fungsi otak. Penyakit alzheimer menimbulkan gejala demensia, yaitu hilangnya fungsi kognitif



secara multidimensional dan terus menerus, yang disebabkan oleh kerusakan organik sistem saraf pusat (Sianturi, A. G. M, 2021).

b. Faktor Risiko

- 1) Usia > 65 tahun berisiko demensia karena penurunan fungsi otak.
- 2) Genetik
- 3) Riwayat *down syndrome* dan cedera kepala
- 4) Perokok aktif
- 5) Riwayat hipertensi, kadar kolesterol tinggi, dan diabetes melitus

c. Manifestasi Klinis

Menurut Moller Mary (2023), berikut gejala umum pada penderita alzheimer.

- 1) Sulit mengingat informasi yang baru dipelajari dan bertanya berulang-ulang.
- 2) Sulit mengingat kejadian.
- 3) Disorientasi waktu/kebingungan terkait alur waktu.
- 4) Sulit menyelesaikan pekerjaan sehari-hari.
- 5) Sulit merencanakan tindakan dan memecahkan masalah.
- 6) Menurunnya pemikiran, sering melakukan penilaian terhadap sekitarnya dan tidak dapat mengambil keputusan.
- 7) Perubahan karakter (berjalan tanpa tujuan, menyerang, apatis, depresi, dan ansietas).
- 8) Kehilangan minat dalam kegiatan sehari-hari dan gelisah di malam hari.

Alzheimer merupakan penyakit progresif yang belum dapat disembuhkan, tetapi dapat dikendalikan dengan perawatan suportif dan dukungan dari lingkungan sekitar. Cermati proses keperawatan yang dapat diberikan oleh perawat di bawah ini!

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan: kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji adanya perubahan kognitif, seperti tidak bisa mengerjakan aktivitas sehari-hari atau tidak mengenali anggota keluarganya dan kaji riwayat penyakit terdahulu. Lakukan pemeriksaan Indeks Kautz (Indeks Kemandirian pada Aktivitas Sehari-hari), Kemampuan intelektual menggunakan SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*), *Mini Mental State Examination* (MMSE). Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah MRI dan CT Scan.
- 2) Diagnosis Keperawatan: gangguan memori, defisit perawatan diri, dan gangguan interaksi sosial.
- 3) Intervensi Keperawatan: latihan memori, dukungan perawatan diri, manajemen demensia, dan modifikasi perilaku keterampilan sosial.



- 4) Implementasi Keperawatan: memperkenalkan nama saat orientasi dengan lansia, melakukan orientasi orang, tempat, dan waktu. Menyediakan lingkungan dan aktivitas rutin secara konsisten. Mendampingi lansia dalam melakukan perawatan diri, dan memberi lansia motivasi untuk melatih keterampilan sosial.
- 5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan: catat perubahan respon selama tindakan dan sesudah tindakan.

e. Jenis Pemeriksaan

Pemeriksaan untuk mendeteksi alzheimer dapat dilakukan menggunakan instrumen pengkajian di bawah ini.

1) Pengkajian KATZ Indeks

Nama :

Usia :

Hari/Tanggal :

Beri tanda (√) pada kolom yang sesuai dengan kondisi klien.

No.	Aktivitas	Mandiri	Bergantung
1.	Mandi Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya. Bergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.		
2.	Berpakaian Mandiri: Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing/mengikat pakaian. Bergantung: Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.		



No.	Aktivitas	Mandiri	Bergantung
3.	Ke Kamar Mandi/Toilet Mandiri: Masuk dan keluar dari toilet kemudian membersihkan genetalia sendiri. Bergantung: Menerima bantuan untuk masuk ke toilet dan menggunakan pispot.		
4.	Berpindah Mandiri: Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri. Bergantung: Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan.		
5.	Kontinen Mandiri: Buang air besar dan kecil seluruhnya dikontrol sendiri. Bergantung: Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema, dan pembalut atau popok dewasa.		
6.	Makan Mandiri: Mengambil makanan dari piring dan menyuap sendiri. Bergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT).		

Analisis Hasil:

1. **Nilai A:** Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi, dan berpakaian.



2. **Nilai B:** Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut.
3. **Nilai C:** Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
4. **Nilai D:** Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.
5. **Nilai E:** Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
6. **Nilai F:** Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
7. **Nilai G:** Kebergantungan pada keenam fungsi tersebut.

2) Pengkajian *Mini Mental State Examination (MMSE)*

Nama :

Usia :

Hari/Tanggal :

NO.	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1.	ORIENTASI		
	a. Tahun berapa sekarang?		
	b. Musim apa sekarang ?		
	c. Tanggal berapa sekarang ?		
	d. Hari apa sekarang ?		
	e. Bulan apa sekarang ?		
	f. Di negara mana Snda tinggal ?		
	g. Di Provinsi mana Anda tinggal ?		
	h. Di kabupaten mana Anda tinggal ?		
	i. Di kecamatan mana Anda tinggal ?		
	j. Di desa mana Anda tinggal ?		
2.	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga objek.		
	1.		
	2.		
	3.		



NO.	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
3.	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	a. K		
	b. A		
	c. P		
	d. A		
	e. B		
4.	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 objek di atas.		
	1.		
	2.		
	3.		
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	• Jam tangan		
	• Pensil		
	b. Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kata berikut. Indonesia negara makmur.		
	c. Perintah tiga langkah.		
	• Ambil kertas!		
	• Lipat dua!		



NO.	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
	• Taruh di lantai!		
	d. Turuti hal berikut.		
	• Tutup mata!		
	• Tulis satu kalimat!		
	• Salin gambar!		
JUMLAH			

Evaluasi:

22-23: menunjukkan adanya defisit kognitif.

< 21: Kerusakan kognitif.

3) Pengkajian *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)

No.	Item Pertanyaan	Jawaban Benar	Jawaban Salah
1.	Jam berapa sekarang?		
2.	Tahun berapa sekarang?		
3.	Bulan apa sekarang?		
4.	Tanggal berapa sekarang?		
5.	Di mana alamat Bapak/Ibu sekarang?		
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu?		
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu?		
8.	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia?		
9.	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang?		
10.	Coba hitung mundur dari angka 10 hingga 1?		
JUMLAH			

Analisis Hasil:

Skor Salah 0 – 2 : Fungsi intelektual utuh

Skor Salah 3 – 4 : Kerusakan intelektual ringan

Skor Salah 5 – 7 : Kerusakan intelektual sedang

Skor Salah 8 – 10 : Kerusakan intelektual berat



Evaluasi:

- 0 – 2 kesalahan: tidak ada gangguan kognitif
- 3 – 4 kesalahan: gangguan ringan
- 5 – 7 kesalahan: gangguan sedang
- 8 – 10 kesalahan: gangguan parah

5. Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) adalah penyakit autoimun yang dapat menyerang sel sistem imun. Kalian dapat mengetahui penyakitnya dengan membaca konsep penyakit di bawah ini!.

a. Pengertian

Systemic lupus erythematosus (SLE) adalah penyakit autoimun kronis multisistem yang dapat kambuh dan bersifat progresif (Veranita A, dkk, 2024). SLE menyebabkan sistem imun tubuh menyerang sel dan jaringannya sendiri.

b. Faktor Risiko

- 1) Usia, umumnya lupus menyerang usia produktif yaitu 21-30 tahun.
- 2) Paparan partikulat (paparan asap rokok)
- 3) Paparan ultraviolet
- 4) Infeksi virus *epstein-barr*
- 5) Menggunakan narkoba, merokok, dan mengonsumsi minuman beralkohol.
- 6) Pengaruh hormon estrogen pada wanita menyebabkan wanita memiliki risiko lebih tinggi terkena lupus.
- 7) Implan payudara silikon
- 8) Infeksi *helicobacter pylori*

c. Manifestasi Klinis

- 1) Sistem muskuloskeletal: *arthralgia*, artritis, pembengkakan sendi, nyeri saat bergerak, kaku pada pagi hari, dan terdapat nyeri tekan.
- 2) Sistem integumen: lesi akut berupa ruam berbentuk kupu-kupu pada wajah yang terjadi ketika terpapar sinar matahari.
- 3) Sistem kardiovaskuler: pericarditis
- 4) Sistem pernapasan: pleuritis atau efusi pleura
- 5) Sistem vaskuler: demam, inflamasi pada arteriol, dan purpura di ujung jari kaki, tangan, siku, dan lengan bawah
- 6) Sistem perkemihan: glomerulus renal
- 7) Sistem saraf: depresi dan gangguan psikosis



- 8) Sistem gastrointestinal: asites, nyeri, dan penurunan berat badan

Lupus merupakan penyakit kompleks dan progresif, sehingga dukungan perawat dan lingkungan sekitar berperan penting dalam proses perawatan klien.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan: kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah *Antinuclear Antibody* (ANA), tes darah lengkap (*Complete Blood Count/CBC*), dan biopsi.
- 2) Diagnosis Keperawatan: gangguan integritas kulit, nyeri akut, dan gangguan citra tubuh.
- 3) Intervensi Keperawatan: perawatan integritas kulit, manajemen nyeri dan promosi citra tubuh.
- 4) Implementasi Keperawatan: mengubah posisi tirah baring setiap 2 jam sekali, melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, membantu penggunaan pelembab kulit, dan menganjurkan meningkatkan konsumsi sayur dan buah. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri dan melakukan kolaborasi pemberian pengobatan. Melakukan diskusi stres yang memengaruhi citra tubuh, mengajarkan keluarga untuk melakukan perawatan perubahan citra tubuh dan menganjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh.
- 5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan: catat seluruh respon klien saat dan sesudah tindakan ke dalam catatan dokumentasi keperawatan.

6. Herpes

a. Pengertian

Herpes merupakan infeksi yang disebabkan oleh kelompok virus *herpesviridae*. Jenis virus herpes yang paling terkenal adalah herpes *simplex virus* (HSV) tipe 1 dan 2 penyebab herpes genital, serta *Virus Varicella-zoster* penyebab herpes zoster (Wahyuni Denai, 2021). Herpes menyebabkan infeksi pada kulit daerah mulut, wajah, dan kelamin.

b. Faktor Risiko

Faktor Risiko Herpes Genital

- 1) Melakukan hubungan seksual dengan lebih dari satu pasangan.
- 2) Jenis kelamin perempuan.
- 3) Melakukan hubungan seksual di usia yang sangat muda.
- 4) Memiliki sistem imun yang lemah.
- 5) Memiliki riwayat penyakit genitalia.



Faktor Risiko Herpes Zoster

- 1) Riwayat mengalami cacar air.
- 2) Usia lebih dari 50 tahun.
- 3) Memiliki riwayat penyakit imunologi seperti HIV/AIDS dan penyakit kanker.
- 4) Sedang menjalani terapi radiasi dan kemoterapi yang dapat menurunkan sistem imun tubuh.
- 5) Penggunaan steroid berkepanjangan.

c. Manifestasi Klinis

- 1) Diawali dengan demam, lemas, dan nyeri otot
- 2) Nyeri, gatal, rasa terbakar atau ditusuk pada area infeksi
- 3) Timbul blister, yaitu lesi kulit seperti melepuh yang pecah dan mengering setelah beberapa hari.
- 4) Gatal
- 5) Pada herpes genital, keluar cairan dari vagina, muncul benjolan di selangkangan, muncul koreng yang menyakitkan pada organ genitalia, anus, paha, atau bokong.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan: kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji keluhan adanya lesi yang menyebabkan nyeri dan gatal. Kaji lokasi, ukuran, karakteristik lesi, dan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, adanya demam dan keluarnya cairan nanah dari lesi. Jika lesi terdapat pada organ genitalia, tanyakan riwayat hubungan seksual klien. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah kultur virus herpes simplex dan tes antibodi virus HSV 1 dan HSV 2 jika klien menunjukkan gejala herpes genitalis.
- 2) Diagnosis Keperawatan: hipertermi, nyeri akut, dan risiko infeksi
- 3) Intervensi Keperawatan: manajemen hipertermi, manajemen nyeri, dan pencegahan infeksi.
- 4) Implementasi Keperawatan: melakukan kompres hangat pada dahi/leher/dada/abdomen/aksila, serta memberikan asupan cairan dan nutrisi. Memberikan teknik relaksasi seperti relaksasi aroma terapi untuk menurunkan nyeri, kolaborasi dalam memberikan obat topikal yang sudah diresepkan, serta memberikan edukasi dalam menggunakan obat secara mandiri. Mengajarkan pencegahan infeksi dengan edukasi cuci tangan sebelum dan sesudah mengoleskan obat topikal, menjaga kebersihan lingkungan, serta menjelaskan tanda dan gejala infeksi.
- 5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan: pantau efektivitas tindakan yang dilakukan, nilai pemahaman dan kepatuhan klien. Catat seluruh penilaian ke dalam format dokumentasi keperawatan.



7. Tinnitus

Tinnitus merupakan gangguan pada telinga yang disebut dengan tinnitus aurium atau telinga berdengung. Simak konsep penyakit di bawah ini!

a. Pengertian

Tinnitus adalah gejala ketika penderitanya mendengar suara dengungan sedangkan orang lain tidak mendengarnya (Waschke Jens., et al. 2018).

b. Faktor Risiko

Menurut Grossan & Peterson (2023), tinnitus banyak terjadi pada kondisi berikut.

- 1) Usia 50-80 memiliki risiko mengalami tinnitus.
- 2) Trauma suara bising, contohnya suara pabrik industri.
- 3) Memiliki riwayat penyakit metabolik seperti jantung, hipertensi, dan diabetes melitus.
- 4) Mengonsumsi obat dosis tinggi, seperti aspirin dosis tinggi.
- 5) Penyakit infeksi telinga, seperti disfungsi tuba eustachius dan penyakit meniere.
- 6) Gangguan sendi temporomandibular (TMJ) dan tumor nonkanker pada saraf vestibular.
- 7) Osteosclerosis (pertumbuhan tulang abnormal di dalam telinga).
- 8) Riwayat penyakit autoimun seperti lupus atau artritis reumatoid.

c. Manifestasi Klinis

- 1) Mendengar suara asing, namun orang lain tidak mendengarnya seperti suara berdengung, berbunyi klik, berdenyut, berdengung, atau berdesing.
- 2) Sulit berkonsentrasi.
- 3) Sulit tidur.
- 4) Menimbulkan frustrasi atau depresi.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan: kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji riwayat trauma, pekerjaan dan kegiatan sehari-hari yang mungkin menjadi faktor risiko. Kaji fungsi pendengaran pasien, apakah pasien bisa mendengar secara normal. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium, rontgen, dan timpanometri.
- 2) Diagnosis Keperawatan: gangguan persepsi sensori, defisit pengetahuan, dan ansietas.
- 3) Intervensi Keperawatan: minimalisasi faktor risiko, pemberian edukasi, dan reduksi ansietas.
- 4) Implementasi Keperawatan: membatasi klien dengan faktor risiko dan memfasilitasi klien istirahat dengan meminimalisir suara dan cahaya. Memberikan edukasi kepada klien dan



keluarga untuk mengurangi faktor risiko dan melanjutkan pengobatan dan perawatan yang telah dianjurkan dokter. Memberikan motivasi untuk mengurangi kecemasan, menjelaskan prosedur pengobatan yang akan dilakukan beserta sensasi yang mungkin dialami, serta melatih teknik relaksasi seperti relaksasi napas dalam.

- 5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan: lakukan penilaian pada perencanaan tindakan apakah sudah tercapai dan lakukan penilaian pada respons klien saat tindakan serta setelah tindakan. Catat hasilnya ke dalam dokumentasi keperawatan.

8. *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*

Post traumatic stress disorder (PTSD) dapat dialami oleh siapa saja, setelah mengalami peristiwa traumatis. Simak konsep PTSD di bawah ini!

a. Pengertian

Menurut WHO (2024), *post traumatic stress disorder* (PTSD) merupakan gangguan mental seperti merasakan ketakutan ekstrem, selama atau setelah menyaksikan atau mengalami peristiwa traumatis, seperti kecelakaan, bencana alam, kekerasan seksual, dan perang. Penderita PTSD dapat merasakan ketakutan selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun, hingga mengalami gangguan depresi, gangguan kecemasan, serta gangguan penggunaan zat terlarang.

b. Faktor Risiko

- 1) Mengalami kejadian traumatis berkelanjutan dan berulang.
- 2) Mengalami cedera fisik selama kejadian traumatis.
- 3) Menyaksikan orang lain terluka selama kejadian traumatis.
- 4) Wanita lebih rentan mengalami PTSD dari pada laki-laki.
- 5) Riwayat keluarga yang memiliki gangguan mental.
- 6) Usia dewasa muda rentan mengalami PTSD.
- 7) Tingkat pendidikan yang rendah.
- 8) Memiliki pekerjaan yang dalam pekerjaannya sering melihat kejadian traumatis.

c. Manifestasi Klinis

- 1) Mengingat kejadian traumatis secara berulang, baik ingatan yang mengganggu atau mimpi buruk, yang ditimbulkan dari gambar, suara, bau, dan bentuk lainnya.
- 2) Menghindari situasi, aktivitas, pikiran, atau kenangan, yang mengingatkan pada kejadian traumatis.
- 3) Mengalami peningkatan rasa bahaya (gejala hiperarousal), penderita lebih mudah terkejut, gelisah, atau bereaksi dengan rasa takut yang berlebihan terhadap gerakan tiba-tiba atau suara yang keras.



- 4) Pada anak-anak sering memerankan kembali kejadian traumatis yang dialami saat bermain atau menggambar.
- 5) Memiliki gangguan depresi, gangguan kecemasan, penggunaan zat adiksi, serta perilaku bunuh diri.

Proses keperawatan dengan kasus penyakit jiwa memiliki pengkajian tambahan, simak proses keperawatan di bawah ini!

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan: kaji identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, aktivitas sehari-hari, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Kaji riwayat peristiwa traumatis yang menyebabkan timbulnya perasaan teror, ketakutan, dan ketidakberdayaan yang intens. Kaji adanya mimpi buruk dan kecemasan yang berat, keluhan fisik akibat dari emosional, ingatan yang mengganggu, dan perubahan pikiran serta suasana hari.
- 2) Diagnosis Keperawatan: sindrom pasca trauma, risiko bunuh diri, dan coping tidak efektif.
- 3) Intervensi Keperawatan: reduksi ansietas, promosi coping, dan manajemen *mood*.
- 4) Implementasi Keperawatan: tindakan yang diberikan sesuai dengan diagnosis yang muncul, meliputi mengidentifikasi sumber kecemasan dan tingkat keparahan kecemasan, memberikan terapi relaksasi seperti menciptakan suasana ruangan yang tenang, dengan pencahayaan yang redup dan terapi musik atau lantunan kitab suci. Mendorong dan memotivasi untuk mengucapkan pernyataan positif tentang dirinya, seperti “Saya mampu mengendalikan diri” dan menganjurkan mengikuti interaksi sosial dengan kelompok pendukung. Kaji adanya ide bunuh diri seperti menarik diri, tidak ada motivasi hidup, dan keinginan mengakhiri hidup. Melakukan kolaborasi dengan psikologi untuk pengobatan, serta menghindarkan klien dengan benda-benda yang berpotensi membahayakan.
- 5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan: lakukan penilaian terhadap tindakan yang diberikan. Catat hasilnya pada catatan dokumentasi keperawatan.

9. Gangguan Bipolar

a. Pengertian

Bipolar adalah gangguan mental yang memengaruhi suasana hati, energi, aktivitas, dan pikiran seseorang dan ditandai dengan episode manik (atau hipomanik) serta depresi (WHO, 2024). Gangguan bipolar ditandai dengan adanya perubahan suasana hati yang ekstrem dari mania menjadi depresif.

b. Faktor Risiko

- 1) Memiliki pengalaman traumatis, seperti kematian, mengalami kekerasan, dan putusnya dalam berhubungan.



- 2) Memiliki penyakit fisik.
- 3) Memiliki gangguan tidur.
- 4) Memiliki masalah dalam rumah tangga, pekerjaan atau dalam aktivitas lainnya.
- 5) Mengonsumsi alkohol dan NAPZA.

c. Manifestasi Klinis

Penderita bipolar mengalami perubahan emosi yang drastis dari mania (sangat senang), menjadi depresif (sangat terpuruk) atau bisa sebaliknya. Berikut gejala mania.

- 1) Merasa sangat senang dan bahagia.
- 2) Sering berbicara dengan cepat.
- 3) Merasa terlalu bersemangat.
- 4) Timbul rasa percaya diri yang berlebihan.
- 5) Tidak ingin istirahat atau tidur.
- 6) Tidak nafsu makan.
- 7) Mudah terganggu dan tersinggung.

d. Proses Keperawatan

- 1) Pengkajian Keperawatan: kaji identitas, alasan masuk rumah sakit atau melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan, dan kaji faktor predisposisi. Faktor predisposisi adalah faktor pendukung seperti riwayat gangguan jiwa, riwayat pengobatan sebelumnya, pengalaman yang menyebabkan gangguan jiwa, anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa, dan riwayat pengalaman yang tidak menyenangkan. Kaji TTV, berat badan, tinggi badan dan adanya keluhan fisik. Kaji konsep diri, hubungan sosial, spiritual, dan status mental.
- 2) Diagnosis Keperawatan: risiko perilaku kekerasan, sindrom pascatrauma, dan coping tidak efektif.
- 3) Intervensi Keperawatan: pencegahan perilaku kekerasan, promosi coping, reduksi ansietas, dan promosi coping.
- 4) Implementasi Keperawatan: membantu klien mengungkapkan penyebab emosi dan menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh klien. Membantu relaksasi seperti tarik napas dalam, pukul bantal dan kasur untuk melampiaskan emosi, serta melatih komunikasi verbal, seperti meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan kepada orang lain dengan baik. Memberi motivasi klien untuk mengikuti kegiatan kelompok seperti kegiatan keagamaan, memfasilitasi klien konsultasi ke psikolog, dan membantu klien konsumsi obat yang telah diresepkan.
- 5) Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan: lakukan penilaian pada respon dan perubahan yang dilakukan klien dan keluarga setelah diberikan tindakan.





Glosarium

abduksi	: gerakan menjauh dari titik tengah tubuh.
<i>abdominal thrust</i>	: teknik pertolongan pertama yang dilakukan untuk membantu seseorang yang tersedak benda asing di saluran napas bagian atas.
adduksi	: gerakan otot yang mengarah ke titik tengah tubuh.
aerosol	: kumpulan partikel mikroskopis padat atau cair yang tersuspensi dalam gas.
<i>airway</i>	: jalan napas yang terdiri atas hidung, mulut, faring, laring, trakea, dan bronkus yang berfungsi untuk pertukaran udara.
alopesia areata	: kehilangan rambut pada area tertentu di kulit kepala.
alveoli	: alveoli adalah struktur mikroskopis yang sangat kecil dan berkerumun seperti buah anggur di ujung cabang-cabang saluran udara paru-paru.
<i>ambubag</i>	: alat medis yang digunakan untuk memberikan ventilasi buatan secara manual kepada pasien yang tidak dapat bernapas secara normal akibat henti napas atau gangguan pernapasan dalam keadaan darurat.
aminore	: kondisi tidak terjadinya menstruasi pada wanita subur.
amiodarone	: obat yang digunakan untuk mengobati gangguan irama jantung.
anemia sel sabit	: kelainan genetik pada sel darah merah yang menyebabkan sel darah berbentuk sabit dan menyumbat pembuluh darah.
anestetik	: adalah obat-obatan yang digunakan untuk menghilangkan atau mengurangi rasa sakit.
angiografi	: prosedur untuk melihat kondisi pembuluh darah, menggunakan bahan kontras dan sinar X.
anoreksia	: gangguan makan.
ansietas	: perasaan khawatir atau takut yang berlebihan, terhadap sesuatu hal atau situasi.
<i>antenatal care (ANC)</i>	: pemeriksaan kehamilan untuk memantau kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan.
antihistamin topikal	: obat yang diaplikasikan langsung ke kulit, mata, atau hidung untuk meredakan gejala alergi.
atrofi	: pengecilan atau penyusutan ukuran sel jaringan, atau organ tubuh dari ukuran normalnya.



astringent	: zat yang menyebabkan pengerutan jaringan sehingga dapat mengurangi sekresi.
back blow	: tindakan pertolongan pertama berupa lima tepukan keras dan mendadak pada punggung seseorang yang tersedak.
Barthel Indeks	: alat ukur untuk menilai kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
bed rest	: kebijakan medis yang mengharuskan seseorang untuk berbaring di tempat tidur dan membatasi aktivitas fisik untuk periode waktu tertentu.
biopsi kulit	: prosedur pengambilan sampel kecil jaringan kulit untuk diperiksa menggunakan mikroskop.
biopsi membran sinovial	: prosedur pengambilan jaringan membran sinovial untuk diperiksa menggunakan mikroskop.
Braille	: tulisan sentuh berupa titik-titik timbul yang memungkinkan penyandang tunanetra dan gangguan penglihatan untuk membaca dan menulis.
breathing	: proses menghirup oksigen dan menghembuskan karbondioksida dari paru-paru.
bronkografi	: prosedur pemeriksaan saluran pernapasan bagian dalam menggunakan sinar X dan zat kontras.
bronkitis kronik	: kondisi radang jangka panjang pada saluran bronkus (saluran udara di paru-paru) yang menyebabkan produksi lendir berlebih dan pembengkakan, sehingga menyulitkan pernapasan.
burden disease	: usaha untuk mengukur dampak kesehatan dari suatu penyakit pada populasi
Brudzinski	: tanda klinis meningitis yang muncul ketika leher pasien ditekuk ke depan, dan respon pasien secara tidak sadar menekuk pinggul dan lututnya.
cairan endoserviks mukopurulen	: cairan yang keluar dari leher rahim, yang mengandung lendir dan nanah.
caregiving	: tindakan merawat dan memberikan bantuan kepada orang yang tidak mampu merawat dirinya sendiri secara penuh atau sebagian, baik karena usia lanjut, sakit, atau memiliki keterbatasan fisik/mental.
cedera perinatal	: cedera yang terjadi pada bayi sebelum, selama, atau setelah lahir.
chest thrust	: mendorong benda asing keluar dari saluran napas dengan menekan area dada.
circulation	: penilaian tanda-tanda sirkulasi pada pertolongan pertama.
CT scan	: prosedur pencitraan yang menggunakan teknologi komputer dan sinar X untuk menghasilkan gambar secara detail dari dalam tubuh.
danger	: bahaya atau ancaman.
defibrillation	: pemberian kejutan listrik untuk menghentikan aritmia, terutama fibrilasi ventrikel.
dekongestan	: jenis obat yang dapat memberikan pertolongan jangka pendek untuk hidung tersumbat.



dermatitis	: peradangan pada kulit.
disabilitas	: kondisi yang menyebabkan seseorang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dapat menghambat partisipasi penuh dan efektif dalam kehidupan sosial.
disbiosis usus	: ketidakseimbangan jumlah mikroorganisme (bakteri, jamur, virus) yang hidup di dalam usus.
distensi	: kondisi perut yang membuncit, membesar, atau terasa penuh secara abnormal, biasanya disebabkan oleh penumpukan gas, cairan, atau padatan dalam sistem pencernaan.
dispareunia	: rasa sakit pada area genital selama atau setelah melakukan hubungan seksual.
disuria	: rasa sakit atau adanya sensasi terbakar saat buang air kecil.
edema	: pembengkakan pada jaringan tubuh, akibat penumpukan cairan.
EEG	: atau elektroensefalografi adalah prosedur untuk merekam aktivitas listrik otak.
efek samping sistemik	: perubahan atau gangguan fisiologis yang terjadi di seluruh bagian tubuh setelah penggunaan obat, perawatan, atau terapi tertentu.
EKG (elektrokardiogram)	: prosedur untuk merekam aktivitas listrik jantung.
ekstensi	: gerak menambah sudut antara dua tulang.
ekskresi serumen	: pengeluaran serumen (kotoran telinga) dari liang telinga.
elektrolit serum	: mineral yang bermuatan listrik yang terdapat dalam darah.
elisa	: atau <i>enzyme linked immunosorbent assay</i> , pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi dan mengukur zat tertentu dalam cairan tubuh seperti darah, urin, dan saliva.
emfisema	: salah satu jenis penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) yang menyebabkan kerusakan pada kantung udara (alveolus) di paru-paru.
epididimis	: saluran yang terletak di belakang testis.
ereksi	: kondisi penis mengeras dan menegang, akibat peningkatan aliran darah.
eritema	: kondisi kemerahan pada kulit akibat pelebaran pembuluh darah kapiler.
fibrosis	: kondisi terbentuknya jaringan parut berlebihan di dalam organ atau jaringan tubuh sebagai respons terhadap kerusakan atau peradangan kronis.
fisioterapi	: bentuk pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mengembalikan, memelihara, dan meningkatkan kemampuan gerak dan fungsi tubuh yang terganggu akibat cedera, penyakit, atau kondisi medis lainnya.
fleksi	: gerakan mengurangi sudut antara dua tulang.



fortinus	: komplikasi akibat penurunan fungsi ginjal.
foto polos abdomen	: pemeriksaan radiologi yang menggunakan sinar X untuk melihat struktur organ di dalam perut.
foto thoraks	: pemeriksaan menggunakan sinar X, untuk melihat struktur organ di dalam rongga dada.
fotografi luka bakar	: proses mendokumentasikan kondisi luka bakar melalui gambar atau foto.
fowler	: posisi setengah duduk, bagian atas tubuh pasien atau kepala tempat tidur ditinggikan hingga sudut 45-90 derajat.
fungsi lumbal	: prosedur pengambilan sampel cairan serebrospinal (CSF) dari punggung bawah (daerah lumbal) menggunakan jarum.
fungsi paru	: pemeriksaan untuk merekam volume dan kecepatan udara yang dihirup dan dihembuskan.
genogram	: representasi visual hubungan keluarga yang menggambarkan struktur dan hubungan antar anggota keluarga.
glaukoma	: penyakit yang merusak saraf optik mata dikarenakan adanya cairan yang menumpuk di bagian depan mata.
glomerulonefritis	: peradangan pada glomerulus atau bagian ginjal yang berfungsi menyaring darah.
hemodialisa	: prosedur membersihkan darah dari zat-zat sisa metabolisme dan cairan berlebih ketika ginjal tidak berfungsi dengan baik.
hemoroid	: disebut juga wasir, yaitu kondisi pembengkakan atau pelebaran pembuluh darah di area anus dan rektum.
hemotoraks	: adanya penumpukan darah di dalam rongga pleura, yaitu ruang antara paru-paru dan dinding dada.
hepatitis	: peradangan pada hati.
hipertensi	: kondisi medis dengan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg secara terus-menerus.
hipertrofi	: pembesaran ukuran sel, jaringan, atau organ dalam tubuh.
hipovolemia	: kekurangan volume cairan di dalam tubuh, terutama darah.
histopatologi	: ilmu yang mempelajari perubahan pada jaringan tubuh.
implan koklea	: alat bantu dengar yang ditanamkan melalui tindakan operasi.
impuls aferen	: impuls yang berjalan dari reseptor sensorik di seluruh tubuh menuju sistem saraf pusat, yang membawa informasi rangsangan eksternal atau internal.
impuls eferen	: impuls yang berjalan dari sistem saraf pusat ke otot atau kelenjar yang membawa perintah untuk melakukan tindakan atau respons.



imunosupresi	: sistem kekebalan tubuh melemah, sehingga tubuh menjadi rentan terhadap infeksi penyakit.
infertilitas	: ketidakmampuan pasangan suami istri mencapai kehamilan.
inflamasi	: disebut juga peradangan, yaitu mekanisme pertahanan alami tubuh sebagai respons terhadap cedera, infeksi, atau iritasi.
inflasi gaster	: kondisi udara masuk ke dalam lambung.
inspeksi visual asam	: pemeriksaan untuk mendeteksi kanker serviks, dengan mengoleskan asam asetat pada leher rahim.
insulin	: hormon yang diproduksi pankreas untuk membantu tubuh mengubah glukosa menjadi energi.
ireversibel	: proses atau keadaan yang tidak dapat kembali ke keadaan semula.
kaku kuduk	: leher kaku dan sulit digerakan, terutama saat menundukkan kepala ke arah dada.
kartilago	: jaringan ikat, yang berfungsi sebagai peyangga dan bantalan di berbagai bagian tubuh.
karbon dioksida	: gas tak berwarna dan tak berbau yang terbentuk dari satu atom karbon dan dua atom oksigen.
kegel exercise	: latihan otot dasar panggul yang bertujuan untuk memperkuat otot-otot dasar panggul.
kelainan kongenital	: kelainan struktur atau fungsi tubuh yang terjadi sejak lahir atau selama masa perkembangan janin dalam kandungan.
keloid	: pertumbuhan jaringan parut yang abnormal, menebal, dan menonjol di atas permukaan kulit.
keton urine	: adanya keton dalam urin, yang merupakan produk dari hasil pemecahan lemak.
kolposkopi	: pemeriksaan menggunakan alat pembesar (kolposkop) untuk melihat area serviks, vagina, dan vulva.
kondiloma lata	: lesi kulit yang muncul pada tahap sekunder sifilis.
kondisi patologi	: keadaan yang tidak sesuai dengan fungsi normal tubuh atau organ, kondisi ini dianggap berbahaya dan seringkali berkaitan dengan penyakit atau kelainan.
kongesti sinus	: kondisi hidung dan rongga sinus yang tersumbat akibat peradangan dan pembengkakan.
konjungtiva	: selaput lendir yang menutupi kelopak mata, melipat kembali pada bola mata, dan menutupi permukaan depan bola mata.
konjungtivitis	: peradangan pada konjungtiva.
konstipasi	: kondisi sulit buang air besar.



kortisol	: hormon steroid yang dihasilkan oleh kelenjar adrenal di atas ginjal yang dikenal sebagai hormon stres.
kortikosteroid topikal	: obat yang dioleskan langsung ke kulit untuk mengurangi peradangan, kemerahan, gatal, dan pembengkakan yang disebabkan oleh eksim, psoriasis, atau dermatitis atopik.
kuadran	: salah satu dari empat bagian perut tempat berbagai organ vital terletak.
kultur CSS	: prosedur menumbuhkan cairan serebrospinal pada media khusus di laboratorium untuk mengidentifikasi keberadaan jenis mikroorganisme.
kultur darah	: prosedur tes laboratorium untuk mendeteksi adanya bakteri atau jamur dalam darah.
kultur urine	: prosedur tes laboratorium untuk mendeteksi adanya mikroorganisme dalam urine.
Kussmaul	: pola pernapasan dalam dan cepat, yang umumnya terjadi pada penderita asidosis metabolik.
laju endap darah	: tes laboratorium untuk mengukur kecepatan sel darah merah, mengendap di dalam tabung reaksi.
latihan asertif	: teknik atau latihan untuk membantu individu belajar mengekspresikan diri secara percaya diri.
latihan otot progresif	: teknik relaksasi otot, untuk mengurangi ketegangan, stres, dan kecemasan.
lesi kulit polimorf	: berbagai jenis kelainan kulit yang memiliki ciri khas berbeda-beda.
likenoid	: kondisi kulit atau membran mukosa yang menyerupai lichen planus, dan muncul sebagai ruam gatal, plak, atau papula.
limpa	: organ seukuran kepalan tangan yang terletak pada sisi kiri atas perut di bawah tulang rusuk, berfungsi sebagai bagian dari sistem limfatik dan kekebalan tubuh.
limfadenopati regioner	: pembengkakan kelenjar getah bening yang terjadi pada area tubuh tertentu.
limfadenopati	: pembengkakan atau pembesaran pada kelenjar getah bening.
long-acting drug	: penggunaan obat jangka panjang.
low vision	: gangguan penglihatan kronis yang tidak dapat diperbaiki dengan kacamata, lensa kontak, atau operasi standar.
makula	: bagian kecil di tengah retina yang berperan dalam penglihatan.
makulopapular	: jenis ruam kulit yang ditandai dengan area kulit yang datar dan berubah warna (makula), dan benjolan kecil yang menonjol di atas kulit (papula).
malaise	: istilah yang digunakan untuk menggambarkan kondisi lelah, lesu, dan ketidaknyamanan.



mammografi	: mamografi adalah pemeriksaan payudara menggunakan sinar X untuk menghasilkan gambar jaringan payudara.
medication error	: kesalahan pengobatan.
medula spinalis	: sumsum tulang belakang, bagian dari sistem saraf pusat yang terletak di dalam kanal tulang belakang.
meninges	: tiga lapisan membran tipis yang melindungi dan melapisi otak dan sumsum tulang belakang.
menopause	: berhentinya menstruasi secara alami pada wanita, yang menandakan akhir masa reproduksi.
mialgia	: istilah medis untuk nyeri otot.
miopati	: gangguan kelemahan pada otot yang menyebabkan otot nyeri, kram, dan kaku.
MMSE	: <i>mini mental state examination</i> , tes skrining kognitif untuk menilai fungsi mental pada lansia.
MRI	: <i>magnetic resonance imaging</i> atau pencitraan resonansi magnetik, prosedur medis yang menggunakan magnet dan gelombang radio untuk menghasilkan gambar detail organ, tulang, dan jaringan dalam tubuh.
mukosa	: lapisan jaringan lembap yang melapisi bagian dalam rongga tubuh, seperti mulut, hidung, saluran pencernaan, paru-paru, dan saluran kemih/genital.
nekrosis	: kematian sel atau jaringan dalam tubuh, akibat cedera, infeksi, atau kurangnya suplai darah.
neurologis fokal	: gangguan fungsi saraf, sumsum tulang belakang, atau otak yang memengaruhi tubuh.
neuronal intrakranial	: kondisi penyakit atau cedera yang terjadi di intrakranial dan melibatkan neuron atau sel saraf otak.
neutrofil	: jenis sel darah putih yang berperan dalam sistem kekebalan tubuh.
noninvasif	: pendekatan yang tidak melibatkan tindakan medis yang menembus kulit atau tubuh melalui sayatan, suntikan, atau prosedur bedah lainnya.
obat analgesik	: golongan obat pereda nyeri.
obstruktif	: menghambat, menyumbat, atau merintangi suatu aliran atau jalan.
oftalmoskopi	: prosedur pemeriksaan mata untuk memeriksa bagian dalam mata, seperti retina, saraf optik, dan pembuluh darah.
oral	: segala sesuatu yang berhubungan dengan mulut
otitis	: infeksi atau peradangan pada telinga
otoskopi	: prosedur pemeriksaan telinga menggunakan alat otoskop



otot aksesori	: otot tambahan dalam tubuh, baik yang merupakan variasi anatomi normal maupun yang digunakan sebagai bantuan pernapasan atau saat aktivitas fisik berat.
otot detrusor	: otot polos yang menyusun sebagian besar dinding kandung kemih.
pap smear	: prosedur mendeteksi perubahan sel abnormal pada leher rahim (serviks).
papil edema	: pembengkakan pada bagian dari saraf optik yang terlihat pada mata, akibat peningkatan tekanan di dalam atau sekitar otak (tekanan intrakranial).
pascaoperasi	: periode perawatan dan pemulihan yang terjadi setelah prosedur pembedahan.
papuloskuamosa	: gangguan kulit yang ditandai dengan tonjolan kecil pada kulit (papula) dan lesi yang lebih besar dan datar (plak) yang ditutupi oleh sisik.
patchy alopecia	: kondisi autoimun yang menyebabkan kerontokan rambut tidak merata.
pemeriksaan angiografi	: pemeriksaan kondisi pembuluh darah menggunakan sinar x dan zat kontras
pemeriksaan oftalmologis	: pemeriksaan mata dan sistem yang dilakukan oleh oftalmolog untuk mendeteksi gangguan penglihatan dan penyakit mata.
pemeriksaan radiologis	: pemeriksaan untuk melihat bagian dalam tubuh menggunakan pencitraan sinar X, magnet, gelombang suara, dan cairan radioaktif
pemeriksaan sitologik	: pemeriksaan melihat sel tubuh di bawah mikroskop untuk mendeteksi dan mendiagnosis penyakit seperti kanker.
pemeriksaan visus	: pemeriksaan untuk mengukur ketajaman penglihatan seseorang.
pendapar	: larutan penyangga atau <i>buffer</i> , yaitu larutan yang dapat mempertahankan ph-nya agar tetap konstan.
pengukuran tonografi	: pemeriksaan mata untuk mengukur tekanan intraokular (tio), yaitu tekanan di dalam bola mata.
pensuspensi	: bahan tambahan yang ditambahkan ke dalam suatu sediaan cair (suspensi) untuk mendispersikan partikel padat yang tidak larut ke dalam cairan pembawa dan meningkatkan viskositas cairan tersebut.
peristaltik	: serangkaian gerakan kontraksi dan relaksasi otot polos seperti gelombang yang tak sadar dan otomatis yang terjadi di saluran pencernaan, mendorong makanan, cairan, atau limbah bergerak ke arah depan tubuh dari kerongkongan hingga anus.
perfusi perifer tidak efektif	: kondisi ketika aliran darah ke area perifer (ujung-ujung tubuh seperti tangan dan kaki) mengalami penurunan, yang mengganggu metabolisme sel dan fungsi tubuh.
perfusi uteroplasenta	: proses aliran darah ke plasenta melalui pembuluh darah rahim.
perinatal	: waktu dari sebelum lahir (kehamilan), sampai setelah persalinan
perforasi membran timpani	: suatu kondisi adanya lubang atau robekan pada gendang telinga.



pleksus hemoroidalis	: jaringan normal pembuluh darah (vena dan arteri) yang terletak di dalam saluran anus.
pneumotoraks	: kondisi medis yang ditandai dengan penumpukan udara di dalam rongga pleura, yaitu ruang antara paru-paru dan dinding dada.
primary survey	: penilaian awal dan tindakan darurat yang dilakukan pada korban cedera serius untuk mengidentifikasi dan menangani masalah yang mengancam jiwa dengan tepat.
prurigo	: kelompok gangguan kulit kronis yang ditandai dengan papula (bentol) atau nodul (benjolan) sangat gatal yang sulit diobati dan dapat menyebabkan luka, infeksi, serta hiperpigmentasi (bekas hitam).
psoriasis	: penyakit peradangan kulit yang bersifat kronis dan ditandai oleh pergantian kulit yang terlalu cepat.
prosesus xifoideus	: tonjolan tulang kecil, runcing, berbentuk seperti pedang, yang merupakan bagian terbawah (distal) dari sternum (tulang dada), terletak di tengah dada.
pupil	: lubang hitam yang terletak di tengah iris mata yang memungkinkan cahaya masuk ke retina.
purulen	: kondisi yang menghasilkan nanah, sebagai respons tubuh terhadap infeksi.
push fast but not be hard	: tekan cepat tapi tidak keras
push hard and fast – but not too hard or too fast	: dorong dengan kuat dan cepat – tapi jangan terlalu kuat atau terlalu cepat.
tes rapid	: pemeriksaan yang memberikan hasil cepat untuk mendeteksi antibodi dalam tubuh terhadap infeksi virus.
rasio CD4/CD8 limfosit	: perbandingan antara sel CD4 dengan sel CD8 dalam darah, rasio ini memberikan gambaran kesehatan sistem kekebalan tubuh penderita HIV.
recovery position	: teknik pertolongan pertama untuk memosisikan korban yang tidak sadarkan diri namun masih bernapas secara normal, yaitu dengan membaringkannya miring untuk menjaga jalan napas tetap terbuka, mencegah tersedak oleh muntahan, dan memudahkan drainase cairan dari tubuh.
relaksasi	: proses menurunkan ketegangan pada tubuh dan pikiran dengan teknik-teknik yang membantu menenangkan diri, mengatur pernapasan, dan meredakan stress.
rektum	: bagian akhir dari usus besar, berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses.



regurgitasi	: kondisi medis umum yang merujuk pada kondisi kebocoran katup jantung atau aliran balik cairan makanan dari kerongkongan/lambung ke mulut tanpa disertai mual.
renogram	: pemeriksaan dalam kedokteran nuklir berfungsi untuk mengevaluasi fungsi ginjal.
retensi urea	: kondisi ginjal yang tidak mampu menyaring urea (produk limbah nitrogen dari pemecahan protein).
rinitis alergi	: peradangan pada selaput hidung yang disebabkan oleh reaksi imun tubuh terhadap alergen seperti debu, bulu binatang, atau serbuk sari, yang memicu gejala seperti bersin, hidung meler, hidung tersumbat, dan gatal.
risiko gawat janin	: kondisi ketika janin tidak mendapatkan oksigen yang cukup selama kehamilan atau saat menjelang persalinan.
risiko perfusi serebral tidak efektif	: potensi penurunan aliran darah ke otak yang menyebabkan gangguan fungsi otak.
saraf parasimpatis	: bagian dari sistem saraf otonom yang berfungsi menjaga tubuh dalam kondisi istirahat dan mencerna.
scan radionuklida	: prosedur pemeriksaan menggunakan zat radioaktif untuk menghasilkan gambar struktur dan fungsi organ dalam tubuh.
semi fowler	: posisi berbaring telentang dengan bagian kepala dan tubuh atas ditinggikan sekitar 30-45 derajat.
serebelum	: bagian otak yang terletak di belakang kepala di bawah otak besar, berfungsi mengkoordinasikan gerakan, menjaga keseimbangan, dan mengatur posisi tubuh
serum mikroglobulin	: protein yang ditemukan di seluruh tubuh, terutama pada permukaan sel berinti.
shout for help	: tindakan berteriak minta tolong untuk memanggil bantuan ketika seseorang tidak sadarkan diri dan memerlukan layanan darurat.
Sinar X	: bentuk radiasi elektromagnetik berenergi tinggi untuk menghasilkan gambar bagian dalam tubuh, seperti tulang, organ, dan jaringan lunak.
sistoskopi	: prosedur pemeriksaan menggunakan alat sistoskop, untuk melihat bagian dalam uretra dan kandung kemih.
sitologi	: ilmu yang mempelajari struktur, fungsi, dan perilaku sel, serta komponen-komponen penyusunnya.
software	: sekumpulan instruksi, data, dan program yang mengarahkan komputer atau perangkat elektronik lainnya untuk melakukan tugas-tugas tertentu.
SPMSQ	: <i>short portable mental status questionnaire</i> yaitu kuesioner untuk menilai status mental dan fungsi kognitif pada lansia.
stimulasi	: dorongan/rangsangan.



stimulasi reseptor	: proses ketika reseptor menerima rangsangan dari lingkungan.
stresor	: pemicu atau penyebab stres pada seseorang, baik dari fisik, emosional, dan lingkungan
stoma	: lubang yang dibuat melalui pembedahan.
strok	: kondisi serius yang terjadi ketika aliran darah ke otak terganggu, baik karena pembuluh darah menyempit atau pecah.
sustained-release	: bentuk sediaan yang dirancang untuk melepaskan obatnya ke dalam tubuh secara perlahan-lahan atau bertahap sehingga pelepasannya lebih lama dan memperpanjang aksi obat.
suprapubik	: istilah yang menunjukkan area di atas tulang kemaluan (simfisis pubis).
suppositoria	: obat berbentuk seperti peluru atau kerucut yang dimasukkan ke dalam anus (rektal), atau vagina.
swab	: tindakan untuk mengambil sampel dari area tubuh tertentu.
tanatologi	: studi ilmiah tentang kematian, perubahan fisik yang terjadi setelah kematian, aspek psikologis dan sosial yang berkaitan dengan kematian.
tanda kernig	: pemeriksaan fisik yang digunakan untuk mendiagnosis meningitis, tanda ini dianggap positif jika klien merasa nyeri saat kaki ditekuk pada pinggul 90 derajat, dan kemudian diluruskan pada lutut.
tanda meningeal	: tanda dan gejala yang menunjukkan adanya iritasi pada selaput otak (meninges).
termografi	: teknik untuk mendeteksi dan memvisualisasikan distribusi panas pada suatu objek atau permukaan menggunakan kamera inframerah.
tes audiometri	: prosedur untuk mengukur kemampuan pendengaran.
tes bisik	: pemeriksaan pendengaran, pemeriksa mengucapkan kata-kata secara berbisik dari jarak tertentu di belakang klien, dan klien diminta untuk mengulangi kata-kata tersebut.
tes garpu tala	: pemeriksaan pendengaran menggunakan garpu tala untuk mengidentifikasi jenis gangguan pendengaran.
tes jamur	: serangkaian pemeriksaan untuk mendeteksi dan mengidentifikasi infeksi jamur pada tubuh.
tes kultur virus	: pemeriksaan untuk mendeteksi adanya virus dalam tubuh yang menyebabkan infeksi.
tes lapang pandang	: pemeriksaan mata untuk mengukur area yang dapat dilihat oleh mata saat melihat lurus ke depan.



tes PCR	: <i>polymerase chain reaction</i> , teknik laboratorium untuk memperbanyak materi genetik (DNA atau RNA), dalam mendeteksi dan mengidentifikasi berbagai penyakit atau mendeteksi perubahan genetik pada tumor.
tes Q-TIP	: pemeriksaan menggunakan <i>cotton bud</i> (kapas lidi), untuk mengevaluasi mobilitas uretra pada wanita yang mengalami inkontinensia urine.
tes Rinne	: tes pendengaran untuk membedakan gangguan pendengaran konduktif dan sensorineural.
tes serologis	: pemeriksaan untuk mencari antibodi terhadap penyakit.
tes toleransi glukosa	: pemeriksaan untuk mengukur kemampuan tubuh dalam memproses glukosa setelah mengonsumsinya.
tes Weber	: tes yang menggunakan garpu tala untuk mengevaluasi gangguan pendengaran.
tes Western blot	: teknik analisis protein untuk mendeteksi keberadaan dan jumlah protein dalam suatu sampel.
thin prep	: pemeriksaan sitologi berbasis cairan yang digunakan untuk mendeteksi sel kanker atau lesi prakanker pada serviks.
topikal	: obat yang diaplikasikan langsung ke permukaan tubuh seperti kulit, membran mukosa, atau area luka.
tremor	: gerakan gemetar yang tidak terkendali pada satu atau beberapa bagian tubuh, seperti tangan, kaki, kepala, atau pita suara.
umbilikus	: bagian perut tengah tempat melekatnya tali pusar.
ulkus	: luka terbuka pada kulit atau selaput lendir.
ulserasi	: kondisi kehilangan sebagian atau seluruh lapisan epitel (lapisan terluar kulit atau membran mukosa), sehingga membentuk luka terbuka atau lesi yang cekung.
uretra	: saluran yang mengalirkan urine dari kandung kemih ke luar tubuh.
uretra mukopurulen	: cairan dari uretra yang memiliki karakteristik gabungan mukus (lendir) dan nanah (purulen).
urinalisis	: pemeriksaan yang dilakukan pada sampel urine untuk mendeteksi dan mendiagnosis penyakit.
USG	: ultrasonografi yaitu prosedur pemeriksaan menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi untuk menghasilkan gambar organ dan struktur internal tubuh.
uveitis	: peradangan pada lapisan tengah mata yang disebut uvea.
xeroradiografi	: prosedur pencitraan yang menggunakan proses elektrostatis untuk merekam gambar sinar-X pada pelat yang dilapisi selenium.
yodium	: mineral yang diperlukan tubuh untuk memproduksi hormon tiroid.





Daftar Pustaka

- Abdullah, Taufiq dkk. “Efektivitas Pelatihan Resusitasi Jantung Paru pada Pengetahuan Henti Jantung Murid SMP di Kabupaten Malang.” *Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat Nusantara* 6, no. 1 (2024). <https://ejournal.sisfokomtek.org/index.php/jpkm/article/view/4786/3107>
- Adhata, A. R. “Diagnosis dan Tata Laksana Gonore.” *Jurnal Medika Utama* 3, no. 02 Januari (2022), 1992-1996.
- Agustini, Ni Rai Sintya, et al. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia, 2023.
- Akbar, A. “Pengaruh Olahraga Terhadap Penderita Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): Sebuah Systematic Literatur Review.” *JURNAL PANDU HUSADA* 6, no. 2 (2025), 38-44.
- Akbar, Muhammad Ilham Aldika. *Preeklampsia Tinjauan Komprehensif untuk Praktisi Medis*. Surabaya: Airlangga University Press, 2024.
- Akramah, Siti dan Mila Astarti Harahap. “Skizofrenia Paranoid.” *Vitalitas Medis: Jurnal Kesehatan dan Kedokteran* 2, no. 1 (2025), 32-38.
- Allo, E. A. T. “Penyandang Disabilitas Di Indonesia.” *Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial. Politeknik Ilmu Pemasaran Indonesia: UM-Tapsel* 9, no. 3 (2022). <https://jurnal.um-tapsel.ac.id/index.php/nusantara/article/view/4327/3558>
- American Heart Association. “American Heart Association Guidelines for CPR and ECC.” Diakses 20 Juli 2025. <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>
- Amshar M. “Bantuan Hidup Dasar.” Direktorat Jendral Kesehatan. Diakses 20 Juli 2025. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2692/bantuan-hidup-dasar.
- Andareto Obi. *Penyakit Menular di Sekitar Anda (Begitu Mudah Menular dan Berbahaya, Kenali, Hindari, dan Jauhi Jangan Sampai Tertular)*. Jakarta: Pustaka Ilmu Semesta, 2015.
- Anggraeni Legina, et al. *Buku Ajar Masalah dan Gangguan Pada Sistem Reproduksi*. Jakarta: Penerbit Optimal Untuk Negeri, 2025.
- Anies. *Ensiklopedia Penyakit*. Daerah Istimewa Yogyakarta: Kanisius, 2016.
- Annisah, N., Amri, I., dan Basry, A. “Faktor Risiko Infeksi Saluran Kemih (ISK).” Literature Review. *Jurnal Medical Profession (Medpro)* 6, no. 1 (2024), 86-93.



- Anwariyah, Siti. dkk. “Efektivitas Kompres Air Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh pada Anak yang Mengalami Demam di Praktik Mandiri Bidan Vera Anjarina Karawang”. *Jurnal Pustaka Medika*. (2025).
- Aprina, dkk. *Buku Ajar Anak S1 Keperawatan Jilid 1*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama, 2022.
- Aryani, Ratna, dkk. “Buku Kegawatdaruratan untuk Kader Kesehatan.” diakses 22 Juni 2025. <https://www.poltekkesjakarta1.ac.id/wp-content/uploads/2020/12/67Buku-panduan-Kegawatdaruratan-untuk-kader.pdf>
- Astuti, Reini, dkk. *Keperawatan Gerontik*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia, 2023.
- Aulia, Farah, et al. *Remaja dan Problematic Internet Use*. Sleman: Deepublish Digital, 2024.
- Azizah, Laili Nur dkk. *Buku Ajar Farmakologi Keperawatan*. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia, 2023. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id= OAPEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA68&dq=BUKU+AJAR+FARMAKOLOGI+KEPERAWATAN&ots=LVBg32jdpW&sig=Y7-d3GtdH6iUhP1Y0e15O84B5Yo&redir_esc=y#v=onepage&q=BUKU%20AJAR%20FARMAKOLOGI%20KEPERAWATAN&f=false
- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. *Kozier & Erb’s Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice* (11th ed. Global Edition). London: Pearson, 2022.
- Berutu, Heriaty, dkk. “Perilaku Masyarakat Sebelum dan Sesudah Sosialisasi tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD).” *Jurnal Keperawatan Silampari* 6, no. 1 (2022), 856-864. <https://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=3211254&val=12092&title=Perilaku%20Masyarakat%20Sebelum%20dan%20Sesudah%20Sosialisasi%20tentang%20Bantuan%20Hidup%20Dasar%20BHD>
- Böttiger, Bernd W. and Hugo Van Aken. “Kids Save Lives -Training School Children in Cardiopulmonary Resuscitation Worldwide is Now Endorsed by the World Health Organization (WHO).” *Resuscitation* 94, (2015), A5–A7. Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.005>
- Bourgeois-Guérin, V., Guberman, N., Lavoie, J.-P., & Gagnon, E. E. Between Family and Formal Caregivers, the Desire of the Elderly on Their Desire to Receive Assistance.” *Canadian Journal on Aging= La Revue Canadienne du Vieillissement* 27, no. 3 (2008), 241-252. Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2022). *Kozier & Erb’s Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice* (11th ed., Global Edition). Pearson.
- Budiarti Slamet Indah. *Seri Pancaindra Indra Pendengaran: Telinga*. Jakarta: PT Bumi Aksara, 2023.
- Deswita dan Victoria Puspa Silvia. *Asuhan Keperawatan Infeksi Saluran Kemih pada Anak*. Indramayu: CV Adanu Abimata, 2023.
- Dhian Satya Rachmawati, dkk. *Buku Referensi Keperawatan Dasar*. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia, 2024. Diakses 20 Juni 2025.. https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Rreferensi_Keperawatan_Dasar/_3czEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=buku+tentang+bantuan+hidup+dasar&pg=PA107&printsec=frontcover



- Durand, V. Mark and David H. Barlow. *Essentials of abnormal psychology* (6th ed). Boston: Wadsworth, 2013.
- Earlia, Nanda, Cita Rosita Sigit Prakoeswa, Rinaldi Idroes, dan Khairan. *Kajian In Silico Dan Aplikasi Klinis Minyak Kelapa Tradisional Aceh sebagai Terapi Adjuvant pada Dermatitis Atopik*. Banda Aceh: Syiah Kuala University Press, 2023.
- Ernstmeyer, Kim and Elizabeth Christman. *Grief and Loss. In Nursing Fundamentals 2nd Edition*. Wisconsin: Chippewa Valley Technical College, 2024.
- Etlidawati, E., & Milinia, K. "Simulation and Audio-Visual Learning Method for Knowledge of Cardiac Pulmonary Resuscitation Skills in Nursing Students." *Bali Medical Journal* 10, no. 3 (2021), 1023-1028. <https://doi.org/10.15562/bmj.v10i3.2816> diakses 7 Juli 2025.
- Faisol. "Teknik Relaksasi Napas Dalam. Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Bandung." Kemenkes. Diakses 23 Mei 2025. https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/1054/teknik-relaksasi-napas-dalam
- Farmakope Indonesia. *Farmakope Indonesia Edisi IV*. Jakarta: Kemenkes RI, 2024.
- Fathonah, Septiana dkk. *Buku Ajar Keterampilan Dasar Keperawatan*. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia, 2023. https://www.google.co.id/books/edition/BUKU_AJAR_KETERAMPILAN_DASAR_KEPERAWATAN/BHLVEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=buku+tentang+pemberian+obat+topikal&pg=PA109&printsec=frontcover
- Goering, Richard V. *MIMS' Medical Microbiology and Immunology*, Sixth edition. Singapore: Elsevier, 2019.
- Grossan, Murray and Diana C. Peterson. *Tinnitus*. Treasure Island: StatPearls, 2023.
- Hariani dkk. *Buku Ajar Gangguan Ginekologi*. PT. Makassar: Nas Media Indonesia, 2023.
- Hartoyo, Mugi dkk. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama, 2024.
- Hasanah Uswatun, et al. Inovasi Terapi Suportif dalam Peningkatan *Quality of Life* pada Pasien Gagal Ginjal dengan Hemodialisa. Indramayu: Penerbit Adab, 2023.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia, penerj. *Nelson Ilmu Kesehatan Anak Esensia 8th edition* oleh Karen J. Marcdante, Robert Kliegman, Hal B. Jenson, Richard E. Behrman, (Singapore: Elseiver Singapore Pte. Ltd, 2021.
- Ismunandar, Helmi, Risal Wintoko, Exsa Hadibrata, dan Anisa Nuraisa Djausal "Urtikaria." *Jurnal Profesi Kedokteran Lampung* 13, no. 4.1 (2023), 219-223.
- Ixora, Dewi Wulandari, Rahayu Niningasih, Agus Khoirul Anam, dan Andi Hayyun Abiddin. *Keperawatan Medikal Bedah*. Malang: Media Nusa Creative, 2024.
- Jain, S., & Iverson, L. M. *Glasgow Coma scale* [Internet]. Treasure Island: StatPearls, 2023.
- Jannah, Miftahul, Lisa Yuniati, dan Sabruddin. "Literatur Review: Karakteristik Gonore." *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat* 9, no. 1 (2025), 1265-1270.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Surabaya: EGC, 2019.



- Kemendikdasmen. 2025. *Naskah Akademik Pembelajaran Mendalam Menuju Pendidikan Bermutu Untuk untuk Semua*. Jakarta: kemendikdasmen, 2025.
- Kemenkes. “Cegah Diabetes Melitus dengan 6 Langkah Sehat.” Kemenkes. Diakses pada 25 April 2025. <https://ayosehat.kemkes.go.id/cegah-diabetes-melitus-dengan-6-langkah-sehat>
- Kemenkes. “Lansia 60+ Tahun.” Kemenkes. Diakses pada 17 Juli 2025. <https://ayosehat.kemkes.go.id/kategori-usia/lansia>
- Kepala Badan Standar, Kurikulum, dan Asesmen Pendidikan Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah Nomor 046/H/KR/2025 tentang Capaian Pembelajaran pada Pendidikan Anak Usia Dini, Jenjang Pendidikan Dasar, dan Jenjang Pendidikan Menengah. 2025.
- Kozier, Barbara. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Paktik*, Edisi 7. Jakarta: EGC, 2010.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Scribner, 2014.
- Kurniasari, Lia, Lely Mustikarani, dan Ghozali. “Pemenuhan Kebutuhan Spiritual untuk Menurunkan Tingkat Stress pada Narapidana Perempuan.” *Faletehan Health Journal* 8, no. 03 (2021), 210-215.
- Kusumaratna, Rina dkk. “Pelatihan Perawatan Jangka Panjang dalam Perawatan Lansia dengan Disabilitas.” *Jurnal Kontribusi* 4, no. 2 Mei (2024). <https://jurnal.ciptamediaharmoni.id/index.php/kontribusi/article/view/370/198>
- Lizal, Dedy. “Mengenal Bantuan Hidup Dasar (BHD), Tindakan Darurat yang Dapat Menyelamatkan Nyawa.” Eka Hospital. Diakses 09 juli 2025. <https://www.ekahospital.com/articles/mengenal-bantuan-hidup-dasar-bhd-tindakan-darurat-yang-dapat-menyelamatkan-nyawa>
- Maryati Leni, et al. *Asuhan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Bandung: Widina Medina Utama, 2025.
- Maslow, Abraham H. *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row, 1950.
- Mauruh, Chely Veronica, Muhammad Zukri Malik, Iin Aini Isnawati, Donny Mahendra, dan B. Harun. *Paliative Nursing*. Makassar: Rizmedia Pustaka Indonesia, 2022.
- Minardo Joyo, et al. *Buku Referensi Pengelolaan Stroke Pada Pasien Lansia*. Jakarta: Penerbit Optimal Untuk Negeri, 2025
- Moller, Marry. *Alzheimer’s Through the Stages (Alzheimer dalam berbagai Tahapannya)*. PT Jakarta: Elex Media Komputindo, 2023.
- Mollo, A., Beck, S., Degel, A., Greif, R., & Breckwoldt, J. “Kids Save Lives: Who Should Train Schoolchildren in Resuscitation? A Systematic Review.” *Resuscitation Plus* 20, (2024). 100755. <https://doi.org/10.1016/j.RESPLU.2024.100755>
- Murtiningsih. *Keperawatan Spiritual Islam*. Yogyakarta: Deepublish Publisher, 2022.



- Muttaqin, Arif. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika, 2008.
- Ningrum, Valendriyani dkk. “Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Orang Tua dalam Deteksi Dini Masalah Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Disabilitas.” *PengabdianMu. Jurnal Ilmiah Pengabdian Kepada Masyarakat* 10, no. 1 (2025), 119-124. <https://journal.umpr.ac.id/index.php/pengabdianmu/article/view/8396/5036>
- Nofia, Vino Rika dan Siska Sakti Angraini. *Buku Pedoman Bahan Ajar dan Keterampilan Klinis Basic Life Support dan Kegawatdaruratan*. Sleman: Penerbit Deepublish Digital, 2023. https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Pedoman_Bahan_Ajar_Dan_Keterampilan/22VMEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=buku+penanganan+tersedak&pg=PA88&printsec=frontcover
- Nolan, J. P., Perkins, G. D., & Soar, J. Improving Survival after out-of-Hospital Cardiac Arrest. *BMJ* 351, (2015), <https://doi.org/10.1136/bmj.h4989> Diakses 22 Juni 2025.
- Nova Yustisia. *Buku Referensi Gawat Darurat Pada Lansia*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management, 2025.
- Novianto, Hanang dan Erma Rachmayanti. “Analisis Dampak Hemoroid pada Kehamilan.” *Reslaj: Religion Education Social Laa Roiba Journal* 5 no. 1 (2023), 126-137. [DOI:10.47476/reslaj.v5i1.1332](https://doi.org/10.47476/reslaj.v5i1.1332)
- Nurelah dan Ina Kumala Mawardani. *Dasar-Dasar Layanan Kesehatan kelas X Semester 1*. Jakarta: Kemendikbudristek, 2022. <https://buku.kemdikbud.go.id>
- Nurelah dan Ina Kumala Mawardani. *Dasar-Dasar Layanan Kesehatan kelas X Semester 2*. Jakarta: Kemendikbudristek, 2022. <https://buku.kemdikbud.go.id>
- Nurjannah, M., Wijayanti, L. M., & Fatonah, A. *Kegawatdaruratan pada Anak: Panduan Praktis bagi Orang Tua*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press, 2022.
- Parinduri, Abdul Gafar. *Buku Ajar Kedokteran Forensik dan Medikolegal (Vol. 1)*. Medan: Umsu Press, 2022.
- Potter, Patricia Ann & A. G. Perry. *Fundamentals of Nursing* (11th ed.). Amsterdam: Elsevier, 2022.
- Potter, Patricia Ann & A. G. Perry. *Fundamentals of Nursing* (12th ed.). Amsterdam: Elsevier, 2025.
- Purnamasari, Juni dan Elfira Awalia Rahmawati. *Memahami Proses Tumbuh Kembang Anak Usia Prasekolah: Informasi Esensial bagi Orang Tua*. Sumedang: CV Mega Press Nusantara, 2023.
- Putu, R. M. & N. Y. Santosa. “Psoriasis Eritroderma: Laporan Kasus.” *Cermin Dunia Kedokteran* 52, no. 3 (2025), 171-173.
- Ramadia Arya, et al. *Buku Ajar Jiwa S1 Keperawatan*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama, 2023.
- Retnaningsih, Dwi. *Asuhan Keperawatan pada Klien Strok*. Pekalongan: Penerbit NEM, 2023.



- Rina Kusumaratna, dkk. (2024). Pelatihan Perawatan Jangka Panjang dalam Perawatan Lansia Dengan Disabilitas. *Jurnal Kontribusi. Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*. <https://jurnal.ciptamediaharmoni.id/index.php/kontribusi/article/view/370/198> diakses 20 Maret 2025.
- Romanelli, D. & M. W. Farrell. *AVPU Scale*. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2023.
- Rowawi Rasmia, et al. *Manifestasi dan Tatalaksanaan Kelainan Kulit dan Kelainan pada Pasien HIV/AIDS*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2018.
- RS. Kariadi. "Pentingnya Terapkan Prinsip 7 Benar Pemberian Obat." Kemenkes. Diakses 09 Juli 2025. <https://kms.kemkes.go.id/pengetahuan/detail/66977b1a13258959e48fa676>
- RS. Soeradji Tirtonegoro. "Mengenal Penggunaan obat Tetes Mata Yang Benar." rsupsoeradji. Diakses 20 Juni 2025. <https://rsupsoeradji.id/mengenal-penggunaan-obat-tetes-mata-yang-benar/>
- Runde TJ, Anjum F, Hafner JW. *Bacterial Meningitis*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025, Jan-. PMID: 29261975.
- Safitri, Serli Wulan dkk. *Keperawatan Medikal Bedah Dewasa*. Indramayu: Penerbit Adab, 2023.
- Saras, Tresno. *Mengatasi Epilepsi: Panduan Lengkap untuk Memahami, Mengelola, dan Hidup Berkualitas*. Semarang: Tiram Media, 2023.
- Sekretariat Jenderal DPR RI. Budget Issue Brief Kesejahteraan Rakyat. 2022. <https://berkas.dpr.go.id/pa3kn/analisis-tematik-apbn/public-file/bib-public-126.pdf>
- Senduk, Eklesia A, Johannis F. Mallo, dan Djemi Ch. Tomuka. "Tinjauan Medikolegal Perkiraan Saat Kematian." *Jurnal Biomedik: JBM* 5, no. 1 (2013).
- Shinozaki, Koichiro, Hiroshi Nonogi, Ken Nagao, and Lance B. Baker. "Strategies to Improve Cardiac Arrest Survival: a Time to Act." *Acute Medicine & Surgery* 3, no. 2 (2016), 61–64. <https://doi.org/10.1002/ams2.192>
- Sidarta, E. dkk. "Pelatihan Bantuan Hidup Dasar Petugas Tata Kelola dan Pemuda Gereja Paroki Santo Fransiskus Asisi Tebet." *Jurnal Hasil Pengabdian Masyarakat Indonesia*. (2025). https://linter.untar.ac.id/repository/pengabdian/buktiabdi_10417014_13E060325131440.pdf
- Sinclair, Constance. *Buku Saku Kebidanan/Constance Sinclair*; alih bahasa, Renata Komalasari ; editor bahasa Indonesia, Eny Meiliya, Esty Wahyuningsih. Jakarta: EGC, 2010.
- Singh, Samradhi, Namrata Pal, Swasti Shubham, Devojit Kumar Sarma, Vinod Verma, Francesco Marotta, and Manoj Kumar. "Polycystic Ovary Syndrome: Etiology, Current Management, and Future Therapeutics." *J Clin Med*. 12, no. 4 (2023), 1454. doi: 10.3390/jcm12041454. PMID: 36835989; PMCID: PMC9964744.
- Smeltzer, Susan C. *Keperawatan Medikal Bedah (Handbook for Brunner & Suddarth's) Textbook of Medical-Surgical Nursing Edisi 12*. Jakarta: EGC, 2016.
- Smith, M. H., & Berman, J. R. "What is Rheumatoid Arthritis?" *Jama* 327, no. 12 (2022), 1194-1194.



- Sofia, Noor Asyiqah. "Perawatan Paliatif Melalui Program Home Care." Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat RSUP Dr. Sardjito. Diakses pada 28 Juni 2025 <https://sardjito.co.id/2019/05/15/perawatan-paliatif-melalui-program-home-care/>
- Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). 2016 <https://snars.web.id/sdki/>
- Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). 2018. <https://snars.web.id/siki/>
- Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). 2018. <https://snars.web.id/slki/>
- Stein, L. N. M. & C. J. Hollen. *Concept-Based Clinical Nursing Skills-E-Book: Fundamental to Advanced Competencies*. Amsterdam: Elsevier Health Sciences, 2023.
- Stuart, Gail. W. *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Singapore: Elsevier, 2016.
- Sulisnadewi, Ni Luh Kompyang dkk. *Buku ajar Keperawatan Anak II*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama, 2024.
- Suriani, Ema, Meri Neherta, dan Ira Mulya Sari. *Perawatan Holistik dan Efektif pada Anak dengan Penyakit Kronis (Gagal Ginjal Kronik)*. Indramayu: Penerbit Adab, 2023.
- Suryantini, Ni Kadek Mega, Lendi Leskia Putri, Baiq Henny Salim, Alfia Mawaddah, dan Eva Triani. "Gangguan Hormon Tiroid: Hipotiroidisme." *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan* 11, no. 6 (2024), 1227-1234.
- Susilawati dkk. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah III*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama, 2024.
- Susilawati, et al. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah III*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama, 2024.
- Susilwati, dkk. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia, 2024.
- Taher, Rusli dkk. *Konsep dan Asuhan Keperawatan Penyakit Infeksi*. Cilacap: PT Media Pustaka Indo, 2024.
- Tarigan, M. Bastanta dan Jekson Martiar Siahaan. "Diagnosis Dini dan Tatalaksana Hipotiroid." *Majalah Ilmiah Methoda* 11, no. 2 (2021), 145-148.
- Trismartani dkk. *Update Penatalaksanaan di Bidang THT-BKL*. Surabaya: Airlangga Univesrity Press, 2023.
- Uliyah Musrifatul dan Hidayat Alimul Aziz. *Praktikum Keterampilan Dsar Praktik Klinik: Aplikasi Dasar-dasar Praktik Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika, 2008
- Undang-Undang (UU) No. 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas. 2016. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/37251/uu-no-8-tahun-2016> diakses tanggal 23 Juni 2025.
- Wahyuni, Denai. *Buku Ajar Dasar Biomedik Lanjutan*. Yogyakarta: Deepublish Publisher, 2021.
- Waluyo Srikandi dan Marhaendra Budhi. *Penyakit-Penyakit Autoimun*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo, 2014.



- Waschke, Jens, Tobias M. Böckers, and Friedrich Paulsen. *Sabota Textbook of Anatomy – Bahasa Indonesia/Latin edition: Buku Ajar Anatomi Sobotta Edisi Bahasa Indonesia dan Latin*. Singapore: Elseiver, 2018.
- Widyastuti Ana. *77 Permasalahan Anak dan Cara Mengatasinya*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo, 2019.
- Winarno, Florentinus Gregorius. *Katarak: Asupan Gizi, Gejala, dan Operasi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2024.
- Wulandari, Y., & Putra, H. J. (2023). EDUKASI PERTOLONGAN PERTAMA PADA LUKA. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Bunda Delima*, 2(2), 1-7.
- Yasin, Dudella Desnani Firman, Ahsan, dan Septi Dewi Racmawati. “Pengetahuan Remaja tentang Resusitasi Jantung Paru Berhubungan dengan Efikasi Diri Remaja di SMK Negeri 2 Singosari Malang.” *Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan* 8, no. 1 (2020), 116–126. <https://doi.org/10.33366/jc.v8i1.1751>
- Young, Kimberly. S. “Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences.” *Sage Journals* 48, no. 4 (2004), 402-415. <https://doi.org/10.1177/0002764204270278>
- Yuliana Sri, dkk. “Efektifitas Benefit-Finding Intervention terhadap Beban *Caregiver* dan Kesehatan Mental pada Pasien Stroke dan *Caregiver* Keluarga. *Jurnal Keperawatan* 16, no. 2 (2024), 603-610. <https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/1787/1069>.
- Yuna dkk. “Asuhan Keperawatan Penerapan Batuk Efektif pada Klien Asma dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif.” *Lentera Perawat* 5, no. 1 (2024). <https://jurnal.stikesalmaarif.ac.id/index.php/lenteraperawat/article/view/290>
- Zega, Wira Pratama. *Keterampilan Dasar Tindakan Keperawatan*. Jakarta: EGC, 2025.
- Zenani, Nombulelo E., Bashir Bello, Matsipane Molekodi, and Ushotanefe Useh. “Effectiveness of School-Based CPR Training among Adolescents to Enhance Knowledge and Skills in CPR: A Systematic Review.” *Curationis* 45, no. 1 (2022), 9. <https://doi.org/10.4102/CURATIONIS.V45I1.2325>





Indeks

A

adduksi 115
airway 171, 175
amiodarone 26
anemia sel sabit 37
angiografi 23
anoreksia 11, 59
ansietas 96, 124, 130, 139, 196–197, 199, 208, 210–211
atrofi 111–112

B

bartel indeks 69
biopsi membran sinovial 43, 213
breathing 171
bronkografi 54, 213
brudzinski 37, 38

C

cedera perinatal 76
circulation 171

D

disbiosis usus 214
disuria 197

E

edema 10, 37, 87, 106
ekstensi 115
ereksi 11
eritema 17, 105

F

fleksi 115
fortinus 11
foto polos abdomen 11
fotografi luka bakar 63, 215
foto thoraks 215
fungsi lumbal 215
fungsi paru 54, 215

G

genogram 85, 215
glomerulonefritis 215

H

hemodialisa 10–11
hemoglobin 23, 40
hepatitis 17
hipertermi 207
hipertrofi 11, 112
hipovolemia 63, 215
histopatologi 54, 57, 215
hormon tiroid 197–198

I

implan koklea 37
imunosupresi 37
infertilitas 28, 216
inspeksi visual asam (IVA) 216
insulin 22
intrakranial 126
ireversibel 126



K

kaku kuduk 37
 kartilago 112
kegel exercise 9, 86
 kelainan kongenital 36
 kembar monozigot 76
 keton urine 23, 216
 kolesterol 28, 199
 Kolposkopi 52
 kondiloma lata 17
 kondisi patologi 121
 kultur 5, 8, 207
 kultur CSS 37, 217
 kultur darah 37, 217
 kultur urine 5, 8
 kussmaul 11

L

latihan asertif 98
 latihan otot progresif 217
 LED 40, 45, 66
 Lesi kulit polimorf 17
 libido fertilitas 11
likenoid 17
 Limfadenopati 17
 Limfadenopati regioner 17

M

macula 217
 makulopapula 17
 malaise 17, 59
 mammografi 48, 218
 medula spinalis 36, 218
 Meningens viii, 36
 menopause 7, 48, 51

mialgia 17
 miopati 11
 MMSE 69, 112, 199, 202, 218
 MRI 31, 34, 37, 52, 54, 199, 218

N

nekrosis 17, 106
 neurologis fokal 37
 neuronal intrakranial 126
 neutrofil 106

O

obat analgesik 10
 oftalmoskop 69
 otitis 74–75, 161
 otoskopi 74, 218
 otot detrusor 8

P

Pap smear 52
 papil edema 37
papuloskuamosa 17
patchy alopecia 17
 pemeriksaan angiografi 23
 pemeriksaan hematokrit 40
 pemeriksaan laboratorium 20, 26, 27, 29, 31, 43, 52, 54, 57, 86, 141, 197, 198, 208, 214
 pemeriksaan oftamologis 69
 pemeriksaan radiologis 34, 219
 pemeriksaan sitologik 48
 pemeriksaan visus 71, 219
 pengukuran tonografi 69, 219
 Perfusi perifer tidak efektif 11
 perfusi uteroplasenta 20
 perinatal 13, 76
 persepsi 77, 96–97, 115, 120–121, 145, 208



primary survey 62, 220

purulent 14

R

rasio CD4/CD limfosit 40

renogram 221

risiko gawat janin 21, 221

risiko infeksi 159, 207

risiko penurunan curah jantung 26

risiko perfusi serebral tidak efektif 221

S

serebelum 126

serum mikroglobulin 40, 221

sinar X 43, 212, 213, 215, 218, 219

sitologi 54, 221, 223

soft skills 80

SPMSQ 69, 112, 199, 204, 221

sputum 11

stresor 97, 102, 121

suprapubik 5

swab 166

T

tanatologi 125

tanda kernig 37, 38, 222

tanda meningeal 37, 222

termografi 48, 222

tes audiometri 74, 222

tes bisik 74, 222

tes garpu tala 74, 222

tes jamur 45, 222

tes ketajaman penglihatan 69

tes kulit 54

tes kultur virus 59, 222

tes lapang pandang 69, 222

tes PCR (Polymerase Chain Reaction) 59

tes Q-tip 8

tes rapid 40, 220

tes rinne 74

tes serologis positif 17

tes toleransi glukosa 69, 223

tes Western blot 223

Thin Prep 52

tremor 11, 26

U

ulkus 17, 165

ulserasi 11

uretra mukopurulen 14, 223

urinalisis 5, 8, 223

USG 5, 11, 20, 29, 30, 87, 196, 197, 223

Uveitis 17

Y

yodium 25, 26, 223



Profil Penulis



Ns. Nurelah, S.Kep

Email : nurelah3828@gmail.com
Instansi : SMKN 9 Tangerang
Alamat Instansi : Jalan Villa Tangerang Regency Sangiang
Bidang Keahlian : Kesehatan dan Pekerjaan Sosial

Riwayat Pekerjaan / Profesi (5 Tahun Terakhir)

1. Guru Produktif, SMK Negeri 9 Kota Tangerang. (2012-sekarang)
2. Asesor Kompetensi LSP Asnakes Indonesia (2015-sekarang)
3. Guru Produktif, SMK Pelita Persada Kota Tangerang. (2020-2024)
4. Guru Produktif, SMK Trisula Bhakti. (2019-2021)
5. Guru Produktif, SMK Ayuda Husada. (2015-2019)
6. Guru Produktif, SMK Siere Cendekia. (2013-2018)
7. Perawat, Klinik Evi Medika. (2010-2011)
8. Perawat, Klinik PT.Inti Teksturindo Megah. (2000-2009)

Riwayat Pendidikan dan Tahun Belajar

1. Pendidikan Profesi Ners, STIKes Yatsi Tangerang. (2014 - 2015)
2. Sarjana Keperawatan, STIKes Yatsi Tangerang. (2012 -2014)
3. Diploma Keperawatan, Akper Bhakti Kencana Bandung. (1996 -1999)

Judul Buku dan Tahun Terbit (10 Tahun Terakhir)

1. Buku Siswa, Layanan Penunjang Keperawatan dan Caregiving, SMK/MAK Kelas XI. Pusat Perbukuan, BSKAP, Kemendikbudristek. (2024)
2. Buku Guru, Layanan Penunjang Keperawatan dan Caregiving, SMK/MAK Kelas XI. Pusat Perbukuan, BSKAP, Kemendikbudristek. (2024)
3. Buku Siswa, Dasar-Dasar Layanan Kesehatan, Semester 1. SMK/MAK Kelas X. Pusat Perbukuan, BSKAP, Kemendikbudristek. (2022)
4. Buku Siswa, Dasar-Dasar Layanan Kesehatan, Semester 2. SMK/MAK Kelas X. Pusat Perbukuan, BSKAP, Kemendikbudristek. (2022)
5. Buku Guru, Dasar-Dasar Layanan Kesehatan, Kelas X. SMK/MAK Kelas X. Pusat Perbukuan, BSKAP, Kemendikbudristek. (2022)

Judul Penelitian dan Tahun Terbit (10 Tahun Terakhir):

1. Pengaruh Penggunaan Model Pembelajaran *Problem Base Learning* sebagai Upaya dalam Peningkatan Hasil Belajar Mata Pelajaran Keterampilan Dasar Tindakan Keperawatan dengan Materi Penyiapan Tempat Tidur Klien. (2019).
2. Pengaruh Penggunaan Video Tutorial sebagai Upaya dalam Peningkatan Hasil Belajar Siswa Mata Pelajaran Keterampilan Dasar Tindakan Keperawatan dengan Materi Memandikan Pasien di Atas tempat Tidur (2020)



Profil Penulis



Ismailah Alam, S.Kep., Ners.

Email : ismailah24@gmail.com
Instansi : SMK UMMI Bogor
Alamat Instansi : Jl. Alun – alun Empang No. 03, Kel. Empang, Kec. Bogor Selatan,
Kota Bogor, Jawa Barat
Bidang Keahlian : Guru Produktif Keperawatan

Riwayat Pekerjaan / Profesi (5 Tahun Terakhir)

1. Guru Produktif Keperawatan SMK UMMI Bogor (2020-Sekarang)
2. Asesor Kompetensi LSP Asnakes Indonesia (2023-Sekarang)

Riwayat Pendidikan dan Tahun Belajar

1. S1 Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran (2016-2020)
2. Program Profesi Ners Universitas Padjadjaran (2020-2021)

Judul Buku dan Tahun Terbit (10 Tahun Terakhir)

1. Buku Siswa Layanan Penunjang Keperawatan dan *Caregiving*, Pusbuk - Kemendikbudristek (2024)
2. Buku Guru Layanan Penunjang Keperawatan dan *Caregiving*, Pusbuk - Kemendikbudristek (2024)

Judul Penelitian dan Tahun Terbit (10 Tahun Terakhir):

1. Hidayati, N. O., Nurhalimah, H., Alam, I., Kharisma, P. A., & Arunita, Y. (2022). Kecemasan Remaja Selama Pandemi Covid-19. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 5(2), 329-336.
2. Hidayati, N. O., Nurhalimah, H., Alam, I., Kharisma, P. A., Arunita, Y., & Keperawatan, F. (2021). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Depresi pada Narapidana. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 9(3), 549-558.
3. Alam, I., Rosidin, U., & Sumarna, U. (2021). Gambaran dukungan keluarga terhadap lansia dalam pemanfaatan Posbindu di Kelurahan Muara Sanding Kabupaten Garut. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-ilmu Keperawatan, Analis Kesehatan dan Farmasi*, 21(1), 92-101.
4. Emaliyawati, E., Nurhalimah, H., Adha, H., Balqis, I. S., Alam, I., Danny, M. M., & Aisyiyah, R. (2021). Management of acute respiratory distress syndrome (ARDS) patients: A literature review. *Padjadjaran Acute Care Nursing Journal*, 2(2).



Profil Penelaah



Dian Perwita Fitrianingrum, S.Kep.,Ners, M.Kep.

Email : dianperwita35@gmail.com
Instansi : RSUD Kota Tangerang
Alamat Instansi : Jln. Pulau Putri Raya, Kelapa Indah, Tangerang
Bidang Keahlian : Pelayanan Keperawatan

Riwayat Pekerjaan / Profesi (5 Tahun Terakhir)

1. Dosen Akper Islamic Village , UMT , UYM
2. Narsum berbagai Pelatihan dan Seminar Keperawatan
3. Asesor Asnakes Indonesia LSP dan Juri LKS
4. Guru SMK Siere Cendekia
5. Perawat PNS Propinsi Banten
6. Perawat PNS RSUD Kota Tangerang (Kepala Ruangan)
7. Pengelola Keperawatan Bidang Yanmedkep RSUD Kota Tangerang s/d sekarang
8. Satuan Pemeriksa Internal RS (SPI RS) s/d sekarang

Riwayat Pendidikan dan Tahun Belajar

1. D3 Keperawatan (AMK) , Akper Depkes Malang (1992- 1995)
2. Akta Mengajar IKIP Jakarta (1998-1999)
3. S1 Keperawatan (S.Kep.), FIK Universitas Indonesia (2002-2004)
4. Program Profesi Ners (Ners.), FIK Universitas Indonesia (2004-2005)
5. Magister Keperawatan (M.Kep.), FIK UMJ (2019-2021)



Profil Penelaah



Ns. Ridhoyanti Hidayah, S.Kep., M.Kep., Ph.D(c)

Email : ridhoyanti.fk@ub.ac.id
Instansi : Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Brawijaya
Alamat Instansi : Puncak Dieng Eksklusif, Kunci, Kalisongo, Dau, Malang
Bidang Keahlian : Keperawatan; Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial; Komunikasi dalam Keperawatan; Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Riwayat Pekerjaan / Profesi (10 Tahun Terakhir)

1. Dosen Keperawatan, Universitas Brawijaya (2010 - saat ini)
2. Kepala Departemen Keperawatan Jiwa, Universitas Brawijaya (2016 - 2019)
3. Editor pada Journal of Nursing Science Update (2020 - 2023)
4. Tim Ahli Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2021)
5. Reviewer pada Belitung Nursing Journal (2021)
6. Tim Vaksinasi Universitas Brawijaya (2021-2022)
7. Tim Ahli School of Parenting, Indonesia (2022)
8. Reviewer pada Journal of Public Health Research, Italy (2023)
9. Tim Penilai BTP jenjang SMK/MAK Pusat Perbukuan (2023 - 2024)
10. Reviewer pada IGI Global Book Chapter, USA (2024)
11. Tim Supervisor BTP jenjang SMK/MAK Pusat Perbukuan (2024)
12. Reviewer pada Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, UK (2025)

Riwayat Pendidikan dan Tahun Belajar

1. Doctor of Philosophy in Nursing, National Taipei University of Nursing and Health Sciences (2023-saat ini)
2. Magister Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga (2013-2015)
3. Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya (2008-2009)
4. Sarjana Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya (2004-2008)

Judul Buku dan Tahun Terbit (10 Tahun Terakhir):

1. *Abusive Work Environments and Strategies to Manage the Psychological Well-Being of Entrepreneurs* (International chapter book, 2025)
2. *AI-Driven Decision-Making Applications in Higher Education* (International chapter book, 2024)
3. *The Power of Digital Resilience: Transformasi Berpikir Kritis dan Penguatan Kesehatan Mental Emosional di Era Disrupsi* (2023)
4. *Panduan Kesehatan Jiwa Pada Anak dan Remaja Yatim Piatu di Lingkungan Panti Asuhan* (2023)
5. *Stres, Resiliensi, dan Tata Laksana Masalah Kesehatan Jiwa Tenaga Kerja setelah Pandemi COVID-19* (2022)
6. *Buku Saku Kesehatan Jiwa pada Anak Usia Sekolah di Era Pandemi COVID-19* (2021)
7. *Bullying: Panduan Intervensi dan Pencegahan bagi sekolah dan Lingkungan Sekitar Anak dan Remaja* (2020)



Profil Ilustrator



Nadia Ailsa Noviana

Email : nadiaailsa111@gmail.com
Instansi : Freelance
Alamat Instansi : Kepuh, Gondanglegi, Wedomartani, Ngeplak, Kab.Sleman, D.I.Y
Bidang Keahlian : Ilustrasi.

Riwayat Pekerjaan/Profesi (5 Tahun Terakhir):

1. Freelance Buku Anak (2024-Sekarang)
2. Freelance – Empharta Studio (2024)

Riwayat Pendidikan dan Tahun Belajar:

1. SMA Negeri 11 Yogyakarta (2014-2017)
2. S1 Jurusan Desain Komunikasi Visual, Institut Seni Indonesia Yogyakarta (2017-2022)

Judul Buku dan Tahun Terbit (5 Tahun Terakhir):

1. "Ekosistem Alam Indonesiaku (B2)"; Yayasan Literasi Anak Indonesia dan Inovasi ;2025
2. "Perubahan Iklim Terhadap Pertanian (B3)"; Yayasan Literasi Anak Indonesia dan Inovasi;2025
3. "Undangan Ajaib Nuri Kecil";Garis Bulan Studio;2024
4. "Oki Ingin Bilang Tidak";Garis Bulan Studio;2024
5. "Jaksa Masuk Sekolah";Garis Bulan Studio;2024
6. "Panduan Guru Penanganan Perilaku bagi Peserta Didik Autis";Pusat Perbukuan Kemendikdasmen;2024
7. "Panduan Guru Pengembangan Sensori Motorik bagi Peserta Didik Autis";Pusat Perbukuan Kemendikdasmen;2024
8. "Panduan Guru Pengembangan Kemandirian Peserta Didik Autis";Pusat Perbukuan Kemendikdasmen;2024





Profil Editor

Yukharima Minna Budyahir

Email : yukha.budyahir@gmail.com
Bidang Keahlian : Menulis dan Menyunting
Sertifikat Editor Buku : BNSP/58110 26412 0 0001625 2020

Riwayat Pekerjaan / Profesi (10 Tahun Terakhir)

2013 – sekarang : Editor mandiri

Riwayat Pendidikan dan Tahun Belajar

S-1 Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Padjadjaran, 2002.

Judul Buku yang Pernah Disunting (5 Tahun Terakhir)

1. 2024 Buku Guru dan Buku Siswa *Dasar-Dasar Tenaga Keperawatan dan Caregiver Kelas XI*, Pusbuk – Kemendikbudristek
2. 2024 Buku Panduan Guru Seni Rupa Kelas I, II, IV, dan V, Pusbuk – Kemendikbudristek
3. 2024 Panduan Guru *Pendidikan Khusus Sensori Motorik*, Pusbuk – Kemendikbudristek
4. 2024 Buku Siswa dan Buku Panduan Guru *PJOK Kelas XI*, Pusbuk – Kemendikbudristek
5. 2025 Buku Siswa dan Buku Guru *Koding dan Kecerdasan Artifisial Kelas X*, Pusbuk – Kemendikdasmen



Profil Editor Visual



Ilhamsyah

Email : ideamaniacs@telkomuniversity.ac.id
Instansi : Telkom University
Media Sosial : ideamaniacs
Alamat Instansi : Jl. Telekomunikasi No. 1, Bandung Terusan Buahbatu Bojongsoang, Sukapura, Kec. Dayeuhkolot, Kabupaten Bandung, Jawa Barat
Bidang Keahlian : *Art Directing, Graphic Designer, Illustrator, Dst.*

Riwayat Pekerjaan / Profesi (10 Tahun Terakhir)

- 1 Dosen Tetap Telkom University, Kampus Pusat, Bandung
- 2 Konsultan Desain dan Perancangan Media Komunikasi, Informasi dan Edukasi Palang Merah Indonesia 2011–2022.
- 3 Konsultan Brand Strategy Kultura Creative Studio, Bandung 2020-2021

Riwayat Pendidikan dan Tahun Belajar

1. Magister Desain (S2), Fakultas Seni Rupa Desain, Institut Teknologi Bandung, 2013.

Rekam Jejak Desain Buku atau Karya Lainnya (10 Tahun Terakhir)

1. Pengantar Strategi Kreatif Advertising Era Digital, 2021.



Profil Desainer



Syndhi Renolarisa

Email : syndhirenolarisa@gmail.com
Instansi : Praktisi
Alamat Instansi : Jakarta
Bidang Keahlian : Desain Grafis dan Ilustrasi

Riwayat Pekerjaan/Profesi

1. (2014 – sekarang) *Freelance* Ilustrator & Penata Letak/Desainer
2. (2014 – 2016) *Quality Control & Internal Censorship*, Transvision.
3. (2016 – sekarang) *Quality Control & Internal Censorship*, UseeTV - Indihome.
4. (2023 – sekarang) *Digital Advertising & Financial Services Business Operation*, Telkomsel.

Riwayat Pendidikan dan Tahun Belajar

1. S1 Jurusan Desain Komunikasi Visual, Sekolah Tinggi Media Komunikasi Trisakti, Jakarta - 2014

Judul Buku yang Pernah didesain:

1. Desain isi Buku Panduan Guru dan Buku Siswa Buku Teks Pelajaran di Pusat Kurikulum dan Perbukuan (2014-sekarang)
2. Ilustrator Buku Panduan Guru dan Buku Siswa Buku Teks Pelajaran di Pusat Kurikulum dan Perbukuan (2014)

