

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Handerson Manusia mmengalami perkembangan yang dimulai dari proses tumbuh-kembang dalam rentang kehidupan (*life span*). Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu memulainya dengan bergantung pada orang lain dan belajar untuk mandiri melalui sebuah proses yang disebut pendewasaan. Proses tersebut dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan sekitar, dan status kesehatan individu. Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu:

- 1) Terlambat dalam melakukan aktifitas;
- 2) Belum mampu melakukan aktifitas; dan
- 3) Tidak dapat melakukan aktifitas.

Menurut Virginia Henderson dalam Potter dan Perry (2010) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam 14 komponen sebagai berikut:

- a) Bernafas secara normal;
- b) Makan dan minum yang cukup;
- c) Eliminasi (buang air besar dan kecil);
- d) Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan;
- e) Tidur dan istirahat;
- f) Memilih pakaian yang tepat;
- g) Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan dan memodifikasi lingkungan;
- h) Menjaga kebersihan diri dan penampilan;
- i) Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain;
- j) Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi,

- kebutuhan, kekhawatiran, dan opini;
- k) Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan;
  - l) Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup;
  - m) Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi; dan
  - n) Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

## **2. Pengertian Spiritualitas**

Spiritualitas merupakan konsep kompleks yang unik pada tiap individu, dan tergantung pada budaya, perkembangan, pengalaman hidup, kepercayaan, dan ide-ide tentang kehidupan seseorang (Mauk dan Schmidt, 2004 dalam Potter and Perry, 2010).

Spiritual memberikan individu energi yang dibutuhkan untuk menemukan diri mereka, untuk beradaptasi dengan situasi yang sulit, dan untuk memelihara kesehatan. Energi yang berasal dari spiritual membantu klien merasa sehat dan membantu membuat pilihan sepanjang kehidupan (Chiu et al., 2004 dalam Potter and Perry, 2010).

## **3. Karakteristik Spiritualitas**

Adapun karakteristik spiritual menurut Hamid (2009) meliputi :

- a. Hubungan dengan diri sendiri (kekuatan dalam atau *self-reliance*) meliputi: pengetahuan diri (siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya) dan sikap (percaya pada diri sendiri, percaya pada kehidupan/masa depan, ketenangan pikiran, harmoni atau keselarasan dengan diri sendiri).
- b. Hubungan dengan alam (harmoni) meliputi: mengetahui tentang tanaman, pohon, margasatwa, iklim dan berkomunikasi dengan alam (bertanam, berjalan kaki), mengabadikan dan melindungi alam.
- c. Hubungan dengan orang lain (harmonis atau suportif) meliputi: berbagi waktu, pengetahuan dan sumber secara timbal balik, mengasuh anak, orang tua

dan orang sakit, serta menyakini kehidupan dan kematian (mengunjungi, melayat dll), dikatakan tidak harmonis apabila: konflik dengan orang lain, resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan dan friksi.

d. Hubungan dengan ketuhanan (agamis atau tidak agamis) meliputi: sembahyang atau berdoa atau meditasi, perlengkapan keagamaan dan bersatu dengan alam.

#### **4. Faktor yang Mempengaruhi Spiritual**

Menurut Taylor dan Craven & Hirnle dalam (Hamid, 2009), faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang adalah:

a. Tahap perkembangan

Spiritual berhubungan dengan kekuasaan non material, seseorang harus memiliki beberapa kemampuan berfikir abstrak sebelum mulai mengerti spiritual dan menggali suatu hubungan dengan yang Maha mengerti spiritual dan menggali suatu hubungan dengan yang Maha Kuasa. Hal ini bukan berarti bahwa Spiritual tidak memiliki makna bagi Kuasa. Hal ini bukan berarti bahwa Spiritual tidak memiliki makna bagi seseorang.

b. Peranan keluarga penting dalam perkembangan spiritual individu

Tidak begitu banyak yang diajarkan keluarga tentang Tuhan dan agama, kehidupan dan diri sendiri dari tapi individu belajar tentang Tuhan, kehidupan dan diri sendiri dari tingkah laku keluarganya. Oleh karena itu keluarga merupakan lingkungan terdekat dan dunia pertama dimana individu mempunyai pandangan, pengalaman terhadap dunia yang pengalaman terhadap dunia yang diwarnai oleh pengalaman dengan iwarnai oleh pengalaman dengan keluarganya.

c. Latar belakang etnik dan budaya

Sikap, keyakinan dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga. Anak belajar pentingnya menjalankan kegiatan agama, termasuk nilai moral dari hubungan keluarga dan peran serta dalam berbagai bentuk kegiatan keagamaan.

d. Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman hidup baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi spiritual seseorang dan sebaliknya juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual pengalaman tersebut. Peristiwa dalam kehidupan seseorang dianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia dalam menguji keimanannya.

e. Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalaman spiritual seseorang. Krisis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan, dan bahkan kematian, khususnya pasien dengan penyakit terminal atau dengan prognosis yang buruk. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual yang bersifat fisik dan emosional.

f. Terpisah dari ikatan spiritual

Menderita sakit terutama yang bersifat akut, sering kali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukungan sosial. Kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah antara lain tidak dapat menghadiri acara resmi, mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan keluarga atau teman dekat yang bisa memberikan dukungan setiap saat diinginkan.

g. Isu moral terkait dengan terapi

Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesaran-Nya, walaupun ada juga agama yang menolak intervensi pengobatan.

## **5. Tahap Perkembangan Spiritual**

Menurut (Kozier, 2010) beberapa aspek perkembangan spiritual dan perilaku keagamaan yang sehat pada setiap tahap perkembangan yaitu seperti:

a. 0-3 tahun : Neonatus dan toddler mendapat kualitas spiritual keyakinan, mutulitas, keberanian, harapan, dan cinta yang mendasar.

- b. 3-7 tahun : Fase penuh fantasi dan imitatif ketika anak dapat dipengaruhi oleh contoh, alam perasaan, dan tindakan. Imajinasi dianggap sebagai realitas (Santa Claus, Tuhan sebagai kakek di langit).
- c. 7-12 tahun : Anak berusaha memilah fantasi dari fakta dengan menuntut adanya bukti atau demonstrasi kenyataan. Anak menerima cerita dan keyakinan secara harfiah. Kemampuan untuk mempelajari keyakinan dan praktik budaya serta keagamaan.
- d. Remaja : Pengalaman mengenai dunia saat ini di luar unit keluarga dan keyakinan spiritual dapat membantu pemahaman terhadap lingkungan yang luas. Secara umum menyesuaikan diri dengan keyakinan orang di sekitar mereka; belum dapat menilai keyakinan secara objektif.
- e. Dewasa muda : Perkembangan identitas diri dan pandangan terhadap dunia berbeda dari orang lain. Individu membentuk komitmen, gaya hidup, keyakinan, dan sikap yang mandiri. Mulai mengembangkan makna personal terhadap simbol keagamaan dan keyakinan.
- f. Dewasa menengah : Menghargai masa lalu; lebih memerhatikan suara hati; lebih waspada terhadap mitos, prasangka, dan citra yang ada karena latar belakang sosial. Berusaha menyelesaikan kontradiksi dalam pikiran dan pengalaman dan untuk tetap terbuka terhadap kebenaran orang lain.
- g. Dewasa menengah sampai Lansia : Mampu menyakini, dan memiliki rasa partisipasi dalam, komunitas noneksklusif. Dapat berusaha menyelesaikan masalah sosial, politik, ekonomi, atau ideologi dalam masyarakat. Mampu merangkul kehidupan meskipun masih longgar.

## **6. Kesehatan Spiritual**

Kesehatan spiritual adalah kondisi yang dalam pandangan sufistik disebut sebagai terbebasnya jiwa dari berbagai penyakit ruhaniah, seperti syirik (*polytheist*), kufur (*atheist*), nifaq atau munafik (*hypocrite*), dan *fusuq* (melanggar hukum). Kondisi spiritual yang sehat terlihat dari hadirnya ikhlas (ridha dan senang menerima pengaturan Illahi), tauhid (meng-Esa-kan Allah), tawakal (berserah diri sepenuhnya kepada Allah). Spiritualitas adalah pandangan

pribadi dan perilaku yang mengekspresikan rasa keterkaitan ke dimensi transcendental atau untuk sesuatu yang lebih besar dari diri (Asy'arie, 2012). Dubos memandang sehat sebagai suatu proses kreatif dan menjelaskannya sebagai kualitas hidup, termasuk kesehatan sosial, emosional, mental, spiritual dan biologis dari individu, yang disebabkan oleh adaptasi terhadap lingkungan. Kontinum sehat dan kesehatan mencakup enam dimensi sehat yang mempengaruhi gerakan di sepanjang kontinum. Dimensi ini diuraikan sebagai berikut :

- a. Sehat fisik adalah ukuran tubuh, ketajaman sensorik, kerentanan terhadap penyakit, fungsi tubuh, kebugaran fisik, dan kemampuan sembuh.
- b. Sehat intelektual adalah kemampuan untuk berfikir dengan jernih dan menganalisis secara kritis untuk memenuhi tantangan hidup.
- c. Sehat sosial adalah kemampuan untuk memiliki hubungan interpersonal dan interaksi dengan orang lain yang memuaskan.
- d. Sehat emosional adalah ekspresi yang sesuai dan control emosi; harga diri, rasa percaya dan cinta.
- e. Sehat lingkungan adalah penghargaan terhadap lingkungan eksternal dan peran yang dimainkan seseorang dalam mempertahankan, melindungi, dan memperbaiki kondisi lingkungan.
- f. Sehat spiritual adalah keyakinan terhadap Tuhan atau cara hidup yang ditentukan oleh agama; rasa terbimbing akan makna atau nilai kehidupan.

Manusia terdiri dari dimensi fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual dimana setiap dimensi harus dipenuhi kebutuhannya. Seringkali permasalahan yang muncul pada klien ketika mengalami suatu kondisi dengan penyakit tertentu (misalnya penyakit fisik) mengakibatkan terjadinya masalah psikososial dan spiritual. Ketika klien mengalami penyakit, kehilangan dan stress, kekuatan spiritual dapat membantu individu tersebut menuju penyembuhan dan terpenuhinya tujuan dengan atau melalui pemenuhan kebutuhan spiritual (Yusuf, 2016).

## **7. Konsep Terkait Dalam Kesehatan Spiritual**

Menurut Potter & Perry (2010), konsep yang menggambarkan kesehatan spiritual begitu beragam. Untuk melaksanakan pelayanan spiritual yang suportif dan penuh arti, penting bagi perawat untuk memahami konsep spiritual meliputi :

### **a. Kesejahteraan Spiritual.**

Kesejahteraan spiritual memiliki efek yang positif pada kesehatan. Semua yang mengalami kesejahteraan spiritual merasa terhubung dengan orang lain dan dapat menemukan arti atau tujuan dalam kehidupan mereka (Hammermeister et al., 2005 dalam Potter & Perry, 2010). Kesejahteraan spiritual akan menciptakan kesehatan spiritual. Semua yang sehat secara spiritual akan merasakan kegembiraan, dapat memaafkan diri mereka dan orang lain, menerima penderitaan dan kematian, melaporkan adanya peningkatan kualitas hidup, dan memiliki pemahaman yang positif tentang kesejahteraan fisik dan emosional (Fisch et al., 2003 dalam Potter and Perry, 2010).

### **b. Kepercayaan.**

Kepercayaan memberikan tujuan dan arti bagi kehidupan seseorang, memperbolehkan tindakan. Banyak pasien yang sedang sakit memiliki pandangan yang positif tentang hidup dan mengikuti kegiatan setiap harinya dibandingkan dengan menyerahkan diri mereka pada gejala penyakit. Kepercayaan mereka biasanya menjadi lebih kuat karena mereka memandang penyakit sebagai suatu kesempatan untuk pengembangan diri.

### **c. Agama.**

Ketika menyelenggarakan pelayanan spiritual untuk pasien, penting bagi perawat untuk memahami perbedaan antara agama dan spiritualitas. Banyak individu cenderung menggunakan istilah *spiritual* dan *agama* secara terbalik. Meskipun sangat berhubungan, istilah ini tidak sama. Praktik agama meliputi spiritualitas, tetapi spiritual tidak harus melibatkan praktik agama. Pelayanan agama membantu pasien mempertahankan kesetiaan mereka terhadap sistem kepercayaan dan praktik pemujaan.

### **d. Harapan.**

Harapan adalah energi, memberikan individu motivasi untuk mencapai dan sumber daya yang digunakan untuk pencapaian tersebut. Individu mengungkapkan harapan dalam semua aspek kehidupan untuk membantu mereka mengatasi tekanan hidup. Harapan adalah sumber daya personal yang berharga ketika seseorang menghadapi kehilangan atau tantangan yang sulit.

## **8. Masalah Spiritual**

Menurut Potter & Perry (2010), masalah-masalah dalam spiritual antara lain yaitu :

### **a. Tekanan spiritual.**

Tekanan spiritual sering menyebabkan seseorang merasa sendiri atau bahkan merasa diabaikan. Individu sering mempertanyakan nilai-nilai spiritual mereka, menimbulkan pertanyaan pertanyaan tentang jalan hidup mereka, tujuan kehidupan, dan sumber pemahaman. Tekanan spiritual juga timbul saat ada konflik antara kepercayaan seseorang dan regimen kesehatan yang diresepkan atau ketidakmampuan untuk mempraktikkan ritual seperti biasanya.

### **b. Penyakit Akut.**

Tiba-tiba, penyakit yang tidak diharapkan (baik jangka pendek atau panjang) yang mengancam kehidupan pasien, kesehatan, dan/atau kesejahteraan terus-menerus menyebabkan tekanan spiritual yang signifikan. Kekuatan spiritualitas pasien mempengaruhi bagaimana klien beradaptasi dengan penyakit yang tiba-tiba dan seberapa cepat klien beralih ke masa pemulihan.

### **c. Penyakit Kronis.**

Banyak penyakit kronis yang mengancam kebebasan seseorang menyebabkan ketakutan, kecemasan, dan tekanan spiritual. Ketidakberdayaan dan kehilangan pemahaman tujuan hidup mengganggu kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan pada fungsi tubuh. Spiritualitas secara signifikan membantu pasien dan pemberi layanan untuk beradaptasi terhadap perubahan yang diakibatkan oleh penyakit kronis. Pasien yang memiliki pemahaman kesejahteraan spiritual, merasakan hubungan dengan kekuatan tertinggi dan orang lain, dan dapat menemukan arti dan tujuan hidup, akan dapat beradaptasi lebih



baik dengan penyakit kronis yang dimilikinya, di mana membantu mereka mencapai potensi dan peningkatan kualitas hidup mereka (Adegbola, 2006 dalam Potter & Perry, 2010).

d. **Penyakit Terminal.**

Penyakit terminal biasanya menyebabkan ketakutan terhadap nyeri fisik, isolasi, hal yang tak terduga, dan kematian. Penyakit terminal menciptakan ketidakpastian tentang apa arti kematian dan membuat pasien rentan terhadap tekanan spiritual.

e. **Pengalaman Mendekati Kematian.**

Beberapa perawat akan merawat pasien yang memiliki pengalaman mendekati kematian (*Near-Death Experience* [NDE]). Setelah pasien selamat dari NDE, penting untuk tetap terbuka dan memberikan pasien kesempatan untuk menggali apa yang telah terjadi. Berikan dukungan jika pasien memutuskan untuk berbagi pengalaman dengan orang-orang terdekat (James, 2004 dalam Potter & Perry, 2010).

[Type text]

## 9. Kepercayaan Keagamaan Tentang Kesehatan

Setiap agama mempunyai beberapa kepercayaan mengenai kesehatan baik secara pelayanan kesehatan, respon penyakit dan penerapan kesehatan dalam keperawatan.

Tabel 2.1 Tentang Kesehatan Berdasarkan Kepercayaan Keagamaan

No .	Kelompok Agama atau Budaya	Kepercayaan terhadap Pelayanan Kesehatan	Respon terhadap Penyakit	Penerapannya pada Kesehatan dan Keperawatan
1.	Islam	a. Harus dapat mempraktikkan lima hukum Islam b. Terkadang memiliki pandangan kesehatan yang salah	a. Menggunakan kepercayaan penyembuhan. b. Anggota keluarga merupakan sumber kenyamanan. c. Berdoa kelompok bersifat menguatkan. d. Biasanya memperbolehkan menarik diri dari pendukung hidup. e. Tidak melakukan eutanasia. f. Percaya waktu kematian telah ditentukan sebelumnya dan tidak dapat diubah. g. Memelihara rasa pengharapan dan sering menghindari diskusi tentang kematian.	a. Wanita memilih penyelenggara kesehatan wanita. b. Selama bulan Ramadhan, wanita tidak boleh makan sampai matahari terbenam. c. Kesehatan dan spiritualitas saling berhubungan. d. Keluarga dan teman biasanya berkunjung selama waktu sakit. e. Biasanya tidak mempertimbangkan transplantasi organ atau donor dan pemeriksaan pasca-kematian.
2.	Hindu	Menerima ilmu	a. Dosa masa lalu menyebabkan	a. Mengizinkan waktu untuk berdoa

		pengetahuan medis terkini.	penyakit. b. Hidup yang lama merupakan hal yang menakutkan.	dan ritual suci. b. Mengizinkan klien untuk menggunakan jimat, ritual, dan simbol.
3.	Buddha	Menerima ilmu pengetahuan medis terkini.	a. Terkadang menolak pengobatan pada hari-hari suci. b. Roh non-manusia yang menyerang tubuh akan menyebabkan penyakit. c. Biasanya menerima kematian sebagai tahap akhir kehidupan dan biasanya memperbolehkan menarik diri dari pendukung hidup. d. Tidak melakukan eutanasia. e. Tidak sering mengambil waktu cuti dari pekerjaan atau tanggung jawab keluarga ketika sedang sakit.	a. Kesehatan merupakan bagian terpenting dari kehidupan. b. Menjaga kesehatan yang baik dengan merawat dirinya dan orang lain. c. Tidak selalu menerima obat-obatan karena percaya bahwa substansi kimia dalam tubuh itu berbahaya.
4.	Kristiani	a. Menerima ilmu pengetahuan medis terkini. b. Banyak yang mengikuti pengobatan alternatif atau pelengkap.	a. Menggunakan doa, kepercayaan penyembuhan. b. Menghargai kunjungan pendeta. c. Beberapa akan menggunakan fungsi tangan. d. Komuni suci terkadang dilakukan. e. Minyak orang sakit diberikan ketika klien sedang sakit atau mendekati kematian (Katolik).	a. Biasanya mendukung donor organ. b. Kesehatan merupakan hal yang penting untuk dipelihara. c. Mengizinkan waktu bagi klien untuk berdoa dengan dirinya sendiri, keluarga, atau teman.

## 10. Jenis-Jenis Gangguan Spiritual

Menurut Carpenito (1999), ada 3 diagnosa keperawatan yang termasuk dalam lingkup nilai/kepercayaan/spiritual, yaitu :

### A. Resiko Distress Spiritual

Menurut (SDKI edisi 1, 2017) :

#### 1) Pengertian:

Berisiko mengalami gangguan keyakinan atau sistem nilai pada individu atau kelompok berupa kekuatan, harapan dan makna hidup).

#### 2) Penyebab:

- a) Perubahan hidup
- b) Perubahan lingkungan
- c) Bencana alam
- d) Sakit kronis
- e) Sakit fisik
- f) Penyalahgunaan zat
- g) Kecemasan
- h) Perubahan dalam ritual agama
- i) Perubahan dalam praktik spiritual
- j) Konflik spiritual
- k) Depresi
- l) Ketidakmampuan memaafkan
- m) Kehilangan
- n) Harga diri rendah
- o) Hubungan buruk
- p) Konflik rasial
- q) Berpisah dengan sistem pendukung
- r) Stress

#### 3) Faktor-faktor risiko

Rujuk pada Distress Spiritual untuk faktor-fakto yang berhubungan

- 4) Kondisi klinis terkait:
  - a) Penyakit kronis (misalnya: arthritis rheumatoid, sklerosis multiple)
  - b) Penyakit terminal (misalnya: kanker)
  - c) Retardasi mental
  - d) Kehilangan ekstermitas
  - e) *Sudden infant death syndrome (SIDS)*
  - f) Kelahiran mati, kematian janin, keguguran
  - g) Kemandulan

## **B. Distress Spiritual**

Menurut (SDKI edisi 1, 2017) ;

- 1) Pengertian:

Gangguan pada keyakinan atau sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan.

- 2) Penyebab:
  - a) Menjelang ajal
  - b) Kondisi penyakit kronis
  - c) Kematian orang terdekat
  - d) Perubahan pola hidup
  - e) Kesepian
  - f) Pengasingan diri
  - g) Pengasingan sosial
  - h) Gangguan sosio-kultural
  - i) Peningkatan ketergantungan pada orang lain
  - j) Kejadian hidup yang tidak diharapkan

### 3) Gejala dan tanda

#### a) Gejala dan tanda mayor

##### ➤ Subjektif

- Mempertanyakan makna/tujuan hidupnya
- Menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang bermakna
- Merasa menderita/tidak berdaya

##### ➤ Objektif

- Tidak mampu beribadah
- Marah pada Tuhan

#### b) Gejala dan tanda minor

##### ➤ Subjektif

- Menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang tenang
- Mengeluh tidak dapat menerima (kurang pasrah)
- Merasa bersalah
- Merasa terasing
- Menyatakan telah diabaikan

##### ➤ Objektif

- Menolak berinteraksi dengan orang terdekat/pemimpin spiritual
- Tidak mampu berkeaktivitas (mis. Menyanyi, mendengarkan musik, menulis)
- Koping tidak efektif
- Tidak berminat pada alam/literatur spiritual

### 4) Etiologi

#### 1. Faktor Predisposisi

Gangguan pada dimensi biologis akan mempengaruhi fungsi kognitif seseorang sehingga akan mengganggu proses interaksi dimana dalam proses interaksi ini akan terjadi transfer pengalaman yang penting bagi perkembangan spiritual seseorang.

Faktor predisposisi sosiokultural meliputi usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, tingkatan sosial.

## 2. Faktor Presipitasi

### a. Kejadian Stresfull

Mempengaruhi perkembangan spiritual seseorang dapat terjadi karena perbedaan tujuan hidup, kehilangan hubungan dengan orang yang terdekat karena kematian, kegagalan dalam menjalin hubungan baik dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan dan zat yang maha tinggi.

### b. Ketegangan Hidup

Beberapa ketegangan hidup yang berkontribusi terhadap terjadinya distress spiritual adalah ketegangan dalam menjalankan ritual keagamaan, perbedaan keyakinan dan ketidakmampuan menjalankan peran spiritual baik dalam keluarga, kelompok maupun komunitas.

Menurut Vacarolis (2000) penyebab distress spiritual adalah sebagai berikut :

- a) Pengkajian Fisik → Abuse
- b) Pengkajian Psikologis → Status mental, mungkin adanya depresi, marah, kecemasan, ketakutan, makna nyeri, kehilangan kontrol, harga diri rendah, dan pemikiran yang bertentangan (Otis-Green, 2002).
- c) Pengkajian Sosial Budaya → dukungan sosial dalam memahami keyakinan klien (Spencer, 1998).

## 5) Manifestasi klinis:

Tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada pasien dengan distress spiritual wawancara, adalah:

- a) Selalu menanyakan kebenaran dari keyakinan yang dianutnya
- b) Merasa tidak nyaman terhadap keyakinan agama yang dianutnya
- c) Ketidakmampuan melakukan kegiatan keagamaan yang bisa dilakukannya secara rutin.
- d) Perasaan ragu terhadap agama atau keyakinan yang dimilikinya

- e) Menyatakan perasaan tak ingin hidup
- f) Merasakan kekosongan jiwa yang berkaitan dengan keyakinan atau agamanya
- g) Mengatakan putus hubungan dengan orang lain atau Tuhan.
- h) Mengekspresikan perasaan marah, takut, terlalu cemas terhadap arti hidup ini, penderitaan atau kematian.

6) Penatalaksanaan:

a. Psikofarmako

1. Memberikan obat - obatan sesuai program pengobatan pasien. Psikofarmaka pada distress spiritual tidak dijelaskan secara tersendiri. Berdasarkan dengan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) di Indonesia III aspek spiritual tidak digolongkan secara jelas apakah masuk kedalam aksis satu, dua, tiga, empat atau lima.
2. Memantau keefektifan dan efek samping obat yang diminum.
3. Mengukur vital sign secara periodik.

b. Manipulasi Lingkungan

1. Memodifikasi ruangan dengan menyediakan tempat ibadah.
2. Menyediakan sarana dan prasarana untuk melakukan kegiatan spiritual.
3. Melibatkan pasien dalam kegiatan spiritual secara berkelompok

7) Kondisi klinis terkait

- a) Penyakit kronis (mis. Arthritis rheumatoid, sklerosis multiple)
- b) Penyakit terminal
- c) Retardasi mental
- d) Kehilangan bagian tubuh
- e) *Sudden infant death syndrome (SIDS)*
- f) Kelahiran mati, kematian janin, keguguran
- g) Kemandulan
- h) Gangguan psikiatrik



### C. **Kesejahteraan Spritual, Potensial Terhadap Perbaikan**

Menurut (Carson,1989):

#### a) Definisi

Keberadaan individu yang mengalami penguatan kehidupan dalam berhubungan dengan kekuasaan yang lebih tinggi (setinggi yang ditetapkan individu), diri, komunitas dan lingkungan yang memelihara dan merayakan kesatuan (The National Interfaith Coalition on Aging, 1980)

#### b) Batasan Karakteristik

- 1) Kekuatan dari dalam diri yang memelihara : rasa kesadaran; hubungan saling percaya; kekuatan yang menyatu; sumber yang sacral; kedamaian dari dalam diri.
- 2) Motifasi yang tidak ada batasannya dan komitmen yang diarahkan pada nilai tertinggi dari cinta, makna, harapan, keindahan dan kebenaran.
- 3) Hubungan saling percaya dengan atau hubungan yang sangat memberikan dasar untuk makna dan harapan dalam pengalaman kehidupan dan kasih sayang dalam hubungan seseorang.
- 4) Mempunyai makna dan tujuan terhadap eksistensi seseorang.

#### c) Faktor-faktor Risiko

Rujuk pada factor yang berhubungan

#### d) Faktor factor yang berhubungan

Karena ini merupakan diagnosa tentang fungsi positif, maka penggunaan dari factor-faktor yang berhubungan tidak perlu.

## B. **Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### 1. **Konsep Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah

keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Salah satu bagian yang terpenting dari asuhan keperawatan ialah dokumentasi. Dokumentasi merupakan tanggung jawab dan tugas perawat setelah melakukan intervensi keperawatan. Tetapi akhir-akhir ini tanggung jawab perawat terhadap dokumentasi sudah berubah. Oleh karena perubahan tersebut, maka perawat perlu menyusun suatu dokumentasi yang efisien dan lebih bermakna dalam pencatatannya dan penyimpanannya. (Nursalam, 2009)

Dalam kausus spiritualitas, lebih penting untuk menghargai setiap kepercayaan personel pasien. Penggunaan proses keperawatan pada perspektif kebutuhan spiritual pasien bukanlah mudah. Memahami spiritualitas pasien dan tingkat dukungan yang sesuai dan sumber daya yang dibutuhkan akan membutuhkan suatu perspektif empati akui bahwa pasien tidak harus mempunyai masalah spiritual. Pasien membawa sumber daya spiritual tertentu yang membantu mereka mengambil kehidupan yang lebih sehat, sembuh dari penyakit, atau menghadapi saat menjelang kematian. Dukung dan kenali sisi positif dari spiritualitas pasien agar asuhan keperawatan individual dapat berjalan dan disampaikan secara efektif (Potter & Perry, 2010).

## **2. Langkah-Langkah Asuhan Keperawatan**

Tahapan-tahapan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan (implementasi), dan evaluasi keperawatan.

### **a. Pengkajian Data**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2009). Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu (pasien). Oleh karena itu, pengkajian yang benar, akurat, lengkap dan sesuai dengan kenyataan sangat

penting sebagai data untuk merumuskan diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu yang sesuai dengan standar praktik yang telah ditentukan oleh *American Nurse Association* (ANA).

Pada pengkajian terdapat dua tipe data, yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian (Iyer et al dalam Nursalam 2009). Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau wawancara dengan pasien. Data subjektif diperoleh dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan, dan ide tentang status kesehatannya. Sedangkan, data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur oleh perawat (Iyer et al dalam Nursalam 2009). Data ini diperoleh melalui kepekaan perawat (*senses*) selama melakukan pemeriksaan fisik melalui 2S (*sight, smell*) dan HT (*hearing, touch/taste*). Yang termasuk data objektif adalah frekuensi pernapasan, tekanan darah, adanya edema dan berat badan. (Nursalam, 2009)

Pengkajian data ini meliputi riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan melalui pemeriksaan diagnostik. Untuk memudahkan dalam pengkajian sebaiknya dilakukan secara berurutan, terutama pada pemeriksaan fisik yang dimulai dari mata, hidung, mulut dan bibir, vena leher, kulit, jari dan kuku, serta dada dan thoraks. (Andarmoyo, 2012).

Fokus pengkajian keperawatan pada aspek spritualitas adalah bahwa pengalaman dan kejadian-kejadian kehidupan akan sangat mempengaruhi. Banyak alat pengkajian spiritual berguna untuk membantu perawat menjelaskan nilai-nilai dan mengkaji spiritualitas klien (Elkins dan Cavendish, 2004 dalam Potter & Perry, 2010). Alat pengkajian B-E-L-I-E-F membantu perawat mengevaluasi klien, serta kebutuhan spiritual dan keagamaan keluarga (McEvoy, 2003 dalam Potter & Perry, 2010). Akronim memiliki arti sebagai berikut:

B-*BELIEF SYSTEM* (sistem kepercayaan)

E-*ETHICS OR VALUE* (etika atau nilai-nilai)

L-*LIFESTYLE* (gaya hidup)

*I-INVOLVEMENT IN A SPIRITUAL COMMUNITY* (keterlibatan dalam komunitas spiritual)

*E-EDUCATION* (pendidikan)

*F-FUTURE EVENTS* (kejadian-kejadian yang akan datang)

Alat pengkajian spiritual yang efektif seperti B-E-L-I-E-F mudah digunakan dan membantu perawat mengingat area yang penting untuk dikaji. Ketika perawat memahami keseluruhan pendekatana terhadap pengkajian spiritual, mereka dapat masuk kedalam diskusi yang mendalam dengan pasien mereka, mendapatkan kesadaran terbesar tentang sumber daya personal pasien membawa kepada suatu kondisi, dan menggabungkan sumber daya ke dalam rencana perawatan yang efektif.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, membatasi, mencegah dan mengubah (Carpenito dalam Nursalam 2009).

Mendefinisikan bahwa diagnosa keperawatan adalah masalah kesehatan aktual dan potensial dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat mampu dan mempunyai kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan. kewenangan tersebut dapat diterapkan berdasarkan standar praktik keperawatan dan kode etik perawat yang berlaku di Indonesia (Gordon dalam Nursalam 2009)

Dalam menegakkan diagnosis, kenali signifikansi yang dimiliki spiritualitas pada berbagai jenis masalah kesehatan. Ada tiga diagnosis keperawatan berhubungan dengan spiritual yang disetujui oleh NANDA INTERNATIONAL (2007) yaitu, kesiapan untuk meningkatkan kesejahteraan spiritual, tekanan spiritual atau distress spiritual dan resiko tekanan spiritual atau resiko distress spiritual (Potter & Perry, 2010)

c. Perencanaan keperawatan

Tahap perencanaan memberikan kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan ini merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan.

Tahap perencanaan dapat disebut sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Karenanya, dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk klien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal. (Asmadi, 2008).

Fokus pada perencanaan spiritual bersifat sangat pribadi, standar otonomi dan tujuan diri penting dalam mendukung keputusan klien tentang rencana perawatan.

d. Pelaksanaan keperawatan

Implementasi spiritual yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah katagori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang dipekirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, di banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (Potter & Perry, 2010).

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Dengan rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosis yang tepat, intervensi diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan pasien (Potter & Perry, 2010).

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*). Secara umum, evaluasi ditujukan untuk:

- 1) Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan.
- 2) Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum.
- 3) Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (Asmadi, 2008).

Evaluasi perawatan spiritual pasien membutuhkan pemikiran kritis perawat dalam menentukan apakah usaha memperbaiki atau menjaga kesehatan spiritual klien tersebut berhasil. Hasil yang dibangun selama fase perencanaan berperan sebagai standar untuk mengevaluasi kemajuan pasien. Selain itu, perawat mengevaluasi segala masalah etik yang timbul dalam rangkaian perawatan dan dukungan spiritual pasien. Gunakan sikap berpikir kritis untuk menjamin keputusan keperawatan yang tepat.

Dalam mengevaluasi hasil, bandingkan tingkat kesehatan spiritual pasien dengan perilaku dan persepsi yang tercantum dalam pengkajian keperawatan. Data evaluasi terkait dengan kesehatan spiritual biasanya bersifat subjektif.

### **3. Penerapan asuhan keperawatan**

#### **1) Pengkajian Kebutuhan Spiritual**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian harus dilakukan secara komperhensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar pasien. Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan

pemeriksaan fisik serta diagnostik (Asmadi, 2008). Pengkajian adalah proses sistematis berupa pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data tentang klien.

a. Pengkajian data subjektif

Pedoman pengkajian yang disusun oleh Stoll (dalam Kozier, 2010) mencakup:

- konsep tentang ketuhanan,
- sumber kekuatan dan harapan,
- praktik agama dan ritual, dan
- hubungan antara keyakinan spiritual dan kondisi kesehatan.

b. Pengkajian data objektif

Isyarat mengenai pilihan, kekuatan, kekhawatiran, atau distress spiritual dan agama dapat terungkap melalui satu (atau lebih) faktor berikut:

a) Lingkungan

Apakah pasien memiliki Alquran, Injil, Taurat, atau kitab suci yang lain, literatur keagamaan, liontin keagamaan, salib, rosario, bintang David, atau kartu-kartu keagamaan untuk kesembuhan dalam ruangan? Apakah pasien menerima kiriman tanda simpati dari unsur keagamaan dan apakah klien memakai tanda keagamaan (misalnya memakai jilbab?).

b) Perilaku

Apakah pasien tampak berdoa sebelum makan atau pada waktu lain atau membaca kitab suci atau buku keagamaan? Apakah pasien mengalami mimpi buruk dan gangguan tidur atau mengekspresikan rasa marah terhadap perwakilan keagamaan atau terhadap Tuhan?

c) Verbalisasi

Apakah pasien menyebutkan Tuhan atau Yang Maha Kuasa, doa-doa, keyakinan, rumah ibadah, atau topik-topik keagamaan? Apakah pasien pernah minta dikunjungi oleh pemuka agama? Atau apakah pasien mengekspresikan rasa takutnya terhadap kematiannya?

d) Afek dan sikap

Apakah pasien tampak sendiri, depresi, marah, cemas, agitasi, apatis, atau khusyuk?

e) Hubungan interpersonal

Siapa yang berkunjung? Bagaimana respon pasien terhadap pengunjung? Apakah pemuka agama dapat mengunjungi pasien? Dan bagaimana pasien berhubungan dengan pasien yang lain dan juga dengan personel keperawatan?

**2) Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Dalam mendiagnosis kesehatan spiritual, perawat dapat menemukan bahwa masalah spiritual dapat dijadikan judul diagnostic, atau bahwa distress spiritual adalah etiologi masalah. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) mengakui diagnosis yang berhubungan dengan spiritual: Distress Spiritual, Resiko Distress Spiritual.

Sedangkan Menurut Carpenito (1999), ada 3 diagnosa keperawatan yang termasuk dalam lingkup nilai/kepercayaan/spiritual : Distress spiritual, Resiko Distress Spiritual, dan Kesiapan Peningkatan Kesejahteraan Spiritual.

Distress spiritual telah diterima sebagai diagnosis keperawatan di NANDA sejak tahun 1978 dan direvisi pada tahun 2002 (Herdman, 2009).

**3) Intervensi Keperawatan**

Menurut standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI, 2018) intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian krisis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan, sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.



Rencana tindakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan pada pasien gangguan distress spiritual dalam buku standar intervensi keperawatan Indonesia (2018), standar diagnosa keperawatan Indonesia (2016), dan buku standar luaran keperawatan Indonesia (2019).

Tabel 2.2 Intervensi Masalah Keperawatan Distress Spiritual

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p><b>Distress Spiritual</b>            Definisi:            Gangguan pada keyakinan atau sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan.  <b>Tujuan :</b>            Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... maka status spiritual membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi makna dan tujuan hidup meningkat</li> <li>2. Verbalisasi kepuasan terhadap makna hidup meningkat</li> <li>3. Verbalisasi perasaan keberdayaan meningkat</li> <li>4. Perilaku marah pada tuhan menurun</li> <li>5. Kemampuan beribadah membaik</li> </ol> <p>Penyebab:            1) Menjelang ajal            2) Kondisi penyakit kronis            3) Kematian orang terdekat</p>	<p><b>1. Dukungan Spiritual</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi perasaan khawatir, kesepian dan ketidakberdayaan</li> <li>- Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan kesehatan</li> <li>- Identifikasi harapan dan kekuatan pasien</li> <li>- Identifikasi ketaatan dalam beragama</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian</li> <li>- Berikan kesempatan mengekspresikan dan meredakan marah secara tepat</li> <li>- Yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa ketidakberdayaan</li> <li>- Sediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas</li> <li>- Diskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup, jika perlu</li> <li>- Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan Emosional</li> <li>- Dukungan Keyakinan</li> <li>- Dukungan Memmaafkan</li> <li>- Dukungan Pengambilan Keputusan</li> <li>- Dukungan Pelaksanaan Ibadah</li> <li>- Dukungan Pengungkapan Kebutuhan</li> <li>- Dukungan Pengungkapan Perasaan</li> <li>- Dukungan Perasaan Bersalah</li> <li>- Dukungan Perlindungan Penganiayaan Agama</li> <li>- Dukungan Perkembangan Spiritual</li> <li>- Dukungan Perlindungan Penganiayaan Lansia</li> <li>- Dukungan Proses Berduka</li> <li>- Konseling</li> <li>- Manajemen Stres</li> <li>- Mediasi Konflik</li> </ul>

<p>4) Perubahan pola hidup  5) Kesepian  6) Pengasingan diri  7) Pengasingan sosial  8) Gangguan sosio-kultural  9) Peningkatan ketergantungan pada orang lain  10) Kejadian hidup yang tidak diharapkan</p> <p>Batasan karakteristik  1. Gejala dan tanda mayor  Subjektif :  a) Mempertanyakan makna/tujuan hidupnya  b) Menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang bermakna  c) Merasa menderita/tidak berdaya</p> <p>Objektif:  a) Tidak mampu beribadah  b) Marah pada Tuhan  2. Gejala dan tanda minor  Subjektif :  a) Menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang tenang  b) Mengeluh tidak dapat menerima (kurang pasrah)  c) Merasa bersalah  d) Merasa terasing  e) Menyatakan telah diabaikan</p>	<p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan/atau orang lain</li> <li>- Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung</li> <li>- Ajarkan metode relaksasi, meditasi, dan imajinasi terbimbing</li> <li>- <b>Kolaborasi</b></li> <li>- Atur kunjungan dengan rohaniawan (mis. Ustadz, pendeta, romo, biksu)</li> <li>- <b>Promosi Koping</b></li> <li>- <b>Observasi</b></li> <li>- Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan</li> <li>- Identifikasi kemampuan yang dimiliki</li> <li>- Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan</li> <li>- Identifikasi pemahaman proses penyakit</li> <li>- Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan</li> <li>- Identifikasi metode penyelesaian masalah</li> <li>- Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial</li> <li>- <b>Terapeutik</b></li> <li>- Diskusikan perubahan peran yang dialami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelibatan Keluarga</li> <li>- Promosi Harapan</li> <li>- Promosi Dukungan Spiritual</li> <li>- Promosi Sistem Pendukung</li> <li>- Teknik Imajinasi Terbimbing</li> <li>- Teknik Menenangkan</li> <li>- Terapi Reminisens</li> </ul>
--	--	---

<p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Menolak berinteraksi dengan orang terdekat/pemimpin spiritual</li> <li>b) Tidak mampu berkeaktivitas (mis. Menyanyi, mendengarkan musik, menulis)</li> <li>c) Koping tidak efektif</li> <li>d) Tidak berminat pada alam/literatur spiritual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan</li> <li>- Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</li> <li>- Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri</li> <li>- Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</li> <li>- Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri</li> <li>- Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</li> <li>- Berikan pilihan realitas mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan</li> <li>- Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis</li> <li>- Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan</li> <li>- Hindari mengambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan</li> <li>- Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial</li> <li>- Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</li> <li>- Dampingi saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan)</li> <li>- Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang</li> </ul>	
--	--	--

	<p>berhasil mengalami pengalaman sama</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</li><li>- Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam</li></ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama</li><li>- Anjurkan penggunaan sumber spiritual, <i>jika perlu</i></li><li>- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li><li>- Anjurkan keluarga terlibat</li><li>- Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik</li><li>- Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif</li><li>- Latih penggunaan teknik relaksasi</li><li>- Latih keterampilan sosial, <i>sesuai kebutuhan</i></li><li>- Latih mengembangkan penilaian obyektif</li></ul>	
--	--	--

## 11) Implementasi

Menurut Kozier & Snyder (2010), implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan.

Beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya tindakan keperawatan yang dilakukan harus sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien, selalu dievaluasi mengenai keefektifan dan selalu mendokumentasikan menurut urutan waktu. Aktivitas yang dilakukan pada tahap implementasi dimulai dari pengkajian lanjutan, membuat prioritas, menghitung alokasi tenaga, memulai intervensi keperawatan, dan mendokumentasikan tindakan dan respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan (Debora, 2013).

Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika pasien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan.

## 12) Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan respons pasien kearah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2009). Menurut Deswani (2011), evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik

selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan.

Menurut Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani, & Tutiany (2013), evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (*subyektif, obyektif, assesment, planing*). Komponen SOAP yaitu S (*subyektif*) dimana perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan. O (*obyektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi pasien secara langsung dan dirasakan setelah selesai tindakan keperawatan. A(*assesment*) adalah kesimpulan dari data subyektif dan obyektif (biasaya ditulis dala bentuk masalah keperawatan). P(*planning*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dengan rencana kegiatan yang sudah ditentukan sebelumnya.

Evaluasi perawatan spiritual pasien membutuhkan pemikiran kritis perawat dalam menentukan apakah usaha memperbaiki atau menjaga kesehatan spiritual pasien tersebut berhasil. Hasil yang dibangun selama fase perencanaan berperan sebagai standar untuk mengevaluasi kemajuan pasien. Selain itu, perawat mengevaluasi segala masalah etik yang timbul dalam rangkaian perawatan dan dukungan spiritual pasien. Gunakan sikap berpikir kritis untuk menjamin keputusan keperawatan yang tepat.

Dalam mengevaluasi hasil, bandingkan tingkat kesehatan spiritual pasien dengan perilaku dan persepsi yang tercantum dalam pengkajian keperawatan. Data evaluasi terkait dengan kesehatan spiritual biasanya bersifat subjektif.

### **C. Tinjauan Konsep Penyakit**

#### **1. Pengertian PPOK**

Penyakit paru obstruktif kronis merupakan sejumlah gangguan yang mempengaruhi pergerakan udara dari dan ke paru. Gangguan yang penting adalah *bronkhitis obstruktif, emfisema*, dan asma bronchial. bronchial kronis adalah gangguan klinis yang ditandai dengan pembentukan mucus yang

berlebihan dalam bronkhus dan dimanifestasikan dalam bentuk batuk kronis serta membentuk sputum selama tiga bulan dalam setahun, minimal dua tahun berturut-turut. Emfisema merupakan perubahan anatomi parenkim paru ditandai dengan pelebaran dinding alveolus, ductus alveolar, dan destruksi dinding alveolar, sedangkan asma bronchial adalah suatu penyakit yang ditandai dengan tanggapan reaksi yang meningkat dari trakea dan bronchus terhadap berbagai macam rangsangan dengan manifestasi berupa kesukaran bernafas yang disebabkan oleh penyempitan menyeluruh dari saluran pernafasan (Muttaqin, 2012).

## **2. Etiologi PPOK**

Menurut Ikawati, 2016 ada beberapa faktor risiko utama berkembangnya penyakit ini, yang dibedakan menjadi faktor paparan lingkungan dan faktor host.

a. Beberapa faktor paparan lingkungan antara lain adalah:

### **1) Merokok**

Merokok merupakan penyebab utama terjadi PPOK, dengan resiko 30 kali lebih besar pada perokok disbanding dengan perokok, dan merupakan penyebab dari 85-90% kasus PPOK. Kurang dari 15- 20% perokok akan mengalami PPOK. Kematian akibat PPOK terkait dengan banyaknya rokok yang dihisap, umur mulai merokok, dan status merokok yang terakhir saat PPOK berkembang. Namun demikian, tidak semua penderita PPOK adalah perokok. Kurang lebih 10% orang yang tidak merokok juga menderita PPOK. Perokok pasif (tidak merokok tapi sering terkena asap rokok) juga berisiko menderita PPOK.

### **2) Pekerjaan**

Para pekerja tambang emas atau batu bara, industri gelas dan keramik yang terpapar debu silica, atau pekerja yang terpapar debu katun dan debu gandum, dan asbes, mempunyai risiko yang lebih besar dari pada yang bekerja di tempat selain yang disebutkan tadi diatas.

### **3) Polusi udara**



Pasien yang mempunyai disfungsi paru akan semakin memburuk gejalanya dengan adanya polusi udara. Polusi ini biasa berasal dari luar rumah seperti asap pabrik, asap kendaraan bermotor, dll, maupun polusi yang berasal dari dalam rumah misalnya asap dapur.

4) Infeksi

Kolonisasi bakteri pada saluran pernafasan secara kronis merupakan suatu pemicu inflamasi neutrofilik pada saluran nafas, terlepas dari paparan rokok. Adanya kolonisasi bakteri menyebabkan peningkatan kejadian inflamasi yang dapat diukur dari peningkatan jumlah sputum, peningkatan frekuensi eksaserbasi dan percepatan penurunan fungsi paru, yang semua ini meningkatkan risiko kejadian PPOK.

b. Beberapa faktor risiko yang berasal dari host atau pasiennya antara lain adalah:

1) Usia

Semakin bertambah usia, semakin besar risiko menderita PPOK.

2) Jenis kelamin

Laki-laki lebih berisiko terkena PPOK daripada wanita, mungkin ini terkait dengan kebiasaan merokok pada pria. Namun ada kecenderungan peningkatan prevalensi PPOK pada wanita karena meningkatnya jumlah wanita yang merokok. Bukti-bukti klinis menunjukkan bahwa wanita dapat mengalami penurunan fungsi paru yang lebih besar daripada pria dengan status merokok yang relative sama. Wanita juga akan mengalami PPOK yang lebih parah daripada pria. Hal ini diduga karena ukuran paru-paru wanita umumnya relative lebih kecil daripada pria, sehingga dengan paparan asap rokok yang sama persentase paru yang terpapar pada wanita lebih besar daripada pria.

3) Adanya gangguan fungsi paru yang sudah terjadi

Adanya gangguan fungsi paru-paru merupakan faktor risiko terjadinya PPOK. Individu dengan gangguan fungsi paru-paru mengalami penurunan fungsi paru-paru lebih besar sejalan dengan wanita daripada yang fungsi

parunya normal, sehingga lebih berisiko terhadap perkembangan PPOK. Termasuk di dalamnya adalah orang yang pertumbuhan parunya tidak normal karena lahir dengan berat badan rendah, ia memiliki risiko lebih besar untuk mengalami PPOK.

- 4) Predisposisi genetik, yaitu defisiensi  $\alpha_2$  antritipsin (AAT).

Defisiensi AAT ini terutama dikaitkan dengan kejadian emfisema yang disebabkan oleh hilangnya elastisitas jaringan di dalam paru- paru secara progresif karena adanya ketidakseimbangan antara enzim proteolitik dan faktor protektif. Pada keadaan normal faktor protektif AAT menghambat enzim proteolitik sehingga mencegah kerusakan. Karena itu, kekurangan AAT menyebabkan berkurangnya faktor proteksi terhadap kerusakan paru.

### 3. Tanda dan Gejala

Menurut Ikawati, 2016 diagnosa PPOK ditegakan berdasarkan adanya gejala- gejala meliputi:

- a) Batuk kronis: terjadi berselang atau setiap hari, dan seringkali terjadi sepanjang hari (tidak seperti asma yang terdapat gejala batuk malam hari);
- b) Produksi sputum secara kronis: semua pola produksi sputum dapat mengidentifikasi adanya PPOK;
- c) Bronchitis akut: terjadi secara berulang;
- d) Sesak nafas (*dyspnea*): bersifat progresif sepanjang waktu, terjadi setiap hari, memburuk jika berolahraga, dan memburuk jika terkena infeksi pernafasan;
- e) Riwayat paparan terhadap faktor resiko: merokok, partikel dan senyawa kimia, asap dapur;
- f) *Smoker's cough*, biasanya hanya diawali sepanjang pagi yang dingin, kemudian berkembang sepanjang tahun;
- g) Sputum, biasanya banyak dan lengket, berwarna kuning, hijau atau kekuningan bila terjadi infeksi;
- h) *Dyspnea*, terjadi kesulitan ekspirasi pada saluran pernafasan;

- i) Lelah dan lesu; dan
- j) Penurunan toleransi terhadap gerakan fisik (cepat lelah dan terengah-engah).

Pada gejala berat dapat terjadi:

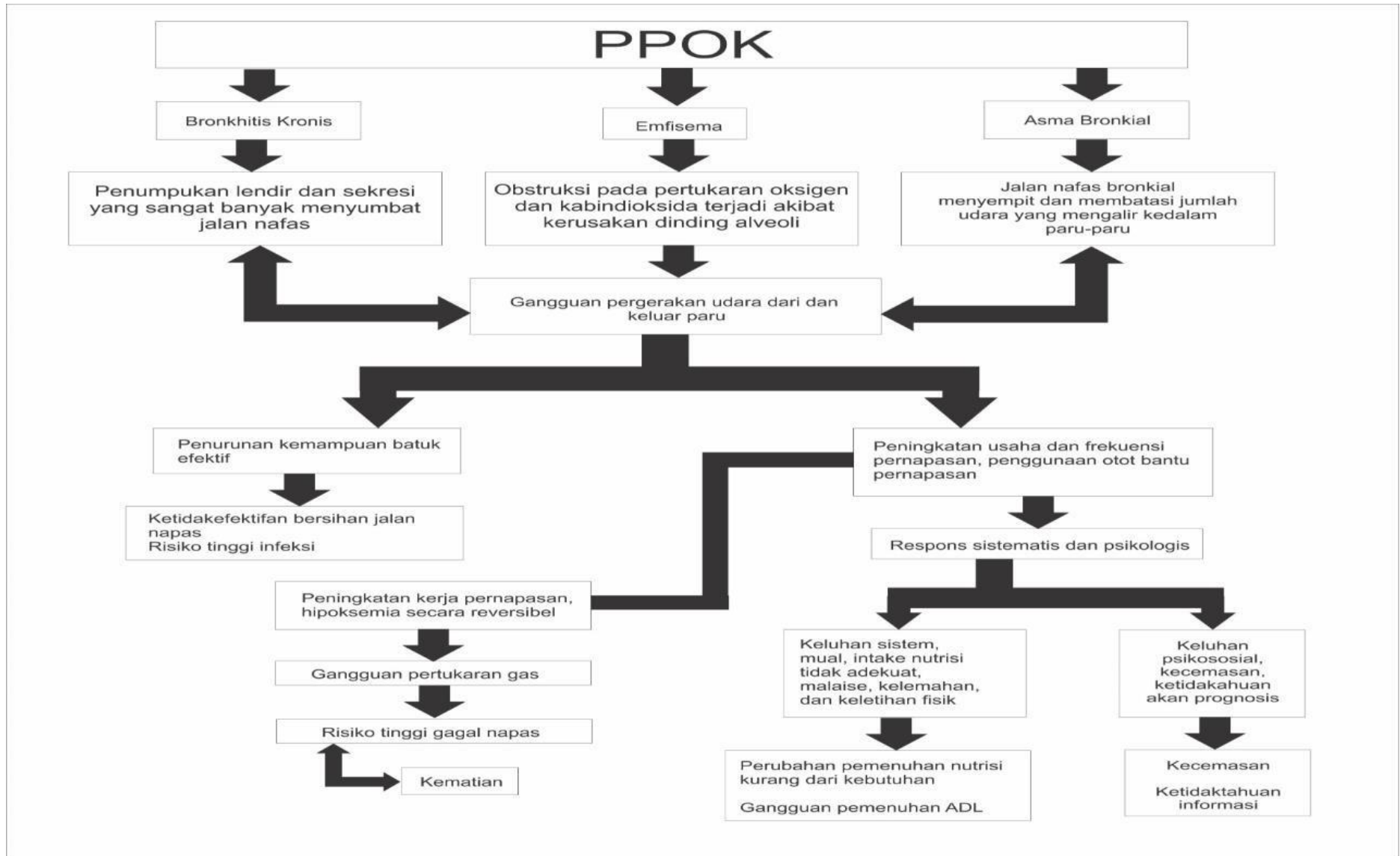
- a) *Sianosis*, terjadi kegagalan respirasi;
- b) Gagal jantung dan oedema perifer; dan
- c) *Plethoric complexion*, yaitu pasien menunjukkan gejala wajah yang memerah yang disebabkan *polycythemia (erythrocytosis)*, jumlah eritrosit yang meningkat), hal ini merupakan respon fisiologis normal karena kapasitas pengangkutan  $O_2$  yang berlebih.

#### 4. Patofisiologi

Obstruktif jalan nafas menyebabkan reduksi aliran udara yang beragam bergantung pada penyakit. Pada bronchitis kronis dan bronchiolitis, terjadi penumpukan lendir dan sekresi yang sangat banyak sehingga menyumbat jalan nafas. Pada emfisema, obstruktif pada pertukaran oksigen dan karbondioksida terjadi akibat kerusakan dinding alveoli yang disebabkan oleh overekstensi ruang udara dalam paru pada asma, jalan nafas bronkhial menyempit dan membatasi jumlah udara yang mengalir kedalam paru.

PPOK dianggap sebagai penyakit yang berhubungan dengan interaksi genetik dengan lingkungan. Merokok, polusi udara, dan paparan ditempat kerja merupakan factor resiko penting yang menunjang terjadinya penyakit ini. Prosesnya dapat terjadi dalam rentang lebih dari 20-30 tahun. PPOK juga ditemukan terjadi pada individu yang tidak mempunyai enzim yang normal untuk mencegah penghancuran jaringan paru oleh enzim tertentu.

PPOK merupakan kelainan dengan kemajuan lambat yang membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk menunjukkan onset gejala klinisnya seperti kerusakan fungsi paru, PPOK sering menjadi simptomatik selama bertahun-tahun usia baya, tetapi insidennya meningkat sejalan dengan peningkatan usia (Muttaqin,2012).



2.1 pathway PPOK (mutaqqin, 2018)

## 5. Pemeriksaan Diagnostik

### a. Pemeriksaan gas darah arteri / analisis gas darah (AGD)

Pada pasien PPOK,  $PaO_2$  menurun,  $PCO_2$  meningkat, sering menurun pada asma. Nilai PH normal, asidosis, alkalosis respiratorik ringan sekunder.

**Tabel 2.3 Nilai Normal Hasil Analisis Gas Darah Arteri**

Fungsi Pernafasan	Pengukuran	Nilai Normal
Keseimbangan asam basa	pH: Konsentrasi ion hydrogen	7,35-7,45
	$PaO_2$ : tekanan parsial kelarutan oksigen didalam darah	80-100mmHg 95% atau lebih
Oksigenasi	$SaO_2$ : persentase ikatan oksigen dengan hemoglobin.	35-45mmHg
Ventilasi	$PaCO_2$ : tekanan parsial kelarutan karbondioksida dalam darah	

Sumber: Bararah & Jauhar. 2013

Keterangan :

- 1)  $PaO_2$  merupakan indikator klinis untuk mengetahui status oksigenasi. Bila nilainya  $<80$  mmHg mengidentifikasi bahwa pasien mengalami hipoksemia.
- 2)  $SaO_2$  merupakan parameter oksigen terkait oleh hemoglobin.  $SaO_2$  ini mempunyai hubungan dengan  $PaO_2$  yaitu menggambarkan kurva disosiasi oksihemoglobin.
- 3) pH menyatakan kepekaan ion hidrogen dan keasaman zat yang ditimbulkannya. Apabila terjadi penambahan atau peningkatan konsentrasi ion hidrogen , maka keadaan bersifat asam dan pH akan turun. Sebaliknya, bila tubuh bersifat basa atau alkali, maka PH akan meningkat (Asmadi, 2009).

b. Fungsi paru

Dilakukan dengan pengukuran spirometry. Pada pasien PPOK kapasitas inspirasi menurun, volume residu meningkat pada emfisema, bronchitis dan asma. Nilai FEV<sub>1</sub>/FVC menurun yaitu <70% sehingga menjadi karakteristik PPOK.

c. Pemeriksaan laboratorium

Dilakukan dengan pengambilan darah vena, pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), hematokrit (Ht), dan eritrosit. Pada pasien PPOK hemoglobin dan hematokrit meningkat pada polisitemia sekunder, jumlah darah, eosinofil dan total IgE meningkat, sedangkan SaO<sub>2</sub> oksigen menurun.

d. Pemeriksaan sputum

Pemeriksaan gram kuman/kultur adanya infeksi campuran. Kuman pathogen yang biasa ditemukan adalah *streptococcus pneumonia* dan *hemophylus influenza*.

e. Pemeriksaan radiologi thoraks foto.

Menunjukkan adanya hiperinflasi paru, pembesaran jantung, dan bendungan area paru. Pada emfisema paru didapatkan diafragma dengan letak yang rendah dan mendatar, ruang udara retrosternal > (foto lateral), jantung tampak bergantung, memanjang dan menyempit.

f. Pemeriksaan *elektrokardiogram* (EKG)

Kelainan EKG yang paling awal terjadi adalah rotasi *clock wise* jantung. Bila sudah terdapat kor pulmonal, terdapat deviasi aksis ke kanan, gelombang P tinggi pada hantaran II, III, dan VF. Voltase QRS rendah. Di V<sub>1</sub> rasio R/S lebih dari 1 dan di V<sub>6</sub>, V<sub>1</sub> rasio R/S kurang dari 1 (Mutaqin, 2012).

## 6. Penatalaksanaan PPOK

Intervensi medis bertujuan untuk

- a) Memelihara kepatenan jalan nafas dengan menurunkan spasme bronkus dan membersihkan secret yang berlebih;
- b) Memelihara keefektifan pertukaran gas;
- c) Mencegah dan mengobati infeksi saluran pernafasan;
- d) Meningkatkan toleransi latihan;
- e) Mencegah adanya komplikasi (gagal nafas akut);
- f) Mencegah alergen/iritasi jalan nafas; dan
- g) Manajemen medis yang diberikan berupa :
  - 1) Pengobatan farmakologi.
    - a) Anti inflamasi (*kortikostroid, natrium kromolin*, dan lain-lain);
    - b) Bronkodilator;
      - (1) Adrenergic: efedirin, epineprin, dan beta adrenergic agosis selektif.
      - (2) Non adrenergic: aminofilin, teofilin
    - c) Antihistamin;
    - d) Steroid;
    - e) Antibiotik; dan
    - f) Ekspetoran.
    - g) Oksigen digunakan 3x/menit dengan nasal kanul.
  - 2) Hygiene paru
 

Cara ini bertujuan untuk membersihkan sekresi paru, meningkatkan kerja silia, dan menurunkan resiko infeksi. Dilaksanakan dengan *nebulizer*, fisioterapi dada, dan postural drainase.
  - 3) Menghindari bahan iritan
 

Penyebab iritan jalan nafas yang harus dihindari diantaranya asap rokok dan perlu juga mencegah adanya allergen yang masuk tubuh.

4) Diet

Klien sering kali mengalami kesulitan makan karena adanya dyspnea. Pemberian porsi yang kecil namun sering lebih baik daripada makan sekaligus banyak.

### **7. Masalah keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada masalah kebutuhan Respirasi, dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) yaitu:

- a) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas;
- b) Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan; dan
- c) Distress spiritual berhubungan dengan kondisi penyakit kronis
- d) Risiko aspirasi berhubungan dengan gangguan menelan.

### **8. Intervensi keperawatan**

Rencana tindakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan pada klien gangguan distress spiritual dalam buku standar intervensi keperawatan Indonesia (2018), standar diagnosa keperawatan Indonesia (2016), dan buku standar luaran keperawatan Indonesia (2019).



[Type text]

## 2.4 Tabel Intervensi Keperawatan Masalah Pola Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hambatan Upaya Nafas

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas.</p> <p><b>Definisi:</b> Inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas pasien teratur dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan <i>dyspneu</i> (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada <i>pursed lips</i>);</li><li>2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal; dan</li><li>3. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).</li></ol> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Depresi pusat pernafasan;</li><li>2. Hambatan upaya nafas (misal: nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan);</li><li>3. Deformitas dinding dada;</li></ol>	<p><b>Manajemen jalan nafas</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas);</li><li>- Monitor bunyi nafas tambahan (misal: <i>gurgling</i>, mengi, <i>whezzing</i>, ronkhi kering); dan</li><li>- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma).</li></ul> <p><b>Teraupetik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal);</li><li>- Posisikan <i>Semi-Fowler</i> atau <i>Fowler</i>;</li><li>- Lakukan fisioterapi dada jika perlu;</li><li>- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik;</li><li>- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal;</li><li>- Keluarkan sumbatan benda padat dengan <i>forsep McGill</i>; dan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dukungan Emosional;</li><li>- Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan;</li><li>- Dukungan Ventilasi;</li><li>- Edukasi Pengukuran Respirasi;</li><li>- Konsultasi Via Telepon;</li><li>- Manajemen Energi;</li><li>- Manajemen Jalan Nafas Buatan;</li><li>- Manajemen Medikasi;</li><li>- Pemberian Obat Inhalasi;</li><li>- Pemberian Obat Interpleura;</li><li>- Pemberian Obat Intradermal;</li><li>- Pemberian Obat Intravena;</li><li>- Pemberian Obat Oral;</li><li>- Pencegahan Aspirasi;</li><li>- Pengaturan Posisi;</li><li>- Perawatan Selang Dada;</li><li>- Manajemen Ventilasi Mekanik;</li><li>- Pemantauan Neurologis;</li><li>- Pemberian Analgesik;</li><li>- Pemberian Obat;</li><li>- Perawatan Trakheostomi;</li></ul>

[Type text]

<p>4. Deformitas tulang dada;  5. Gangguan neuromuskular;  6. Gangguan neurologi (misal: <i>elektroensefalogram</i> (EEG) positif, cedera kepala, gangguan kejang);  7. Imaturitas neurologis;  8. Penurunan energi;  9. Obesitas;  10. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru;  11. Sindrom hipoventilasi;  Kerusakan intervasidiafragma (kerusakan syaraf C5 ke atas);  13. Cedera pada medula spinalis;  14. Efek agen farmakologi; dan  15. Kecemasan.</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b>  Subjektif:  1. Dyspnea.  Objektif:  1. Penggunaan otot bantu pernafasan;  2. Fase ekspirasi memanjang;  3. Pola nafas abnormal (misal: <i>takipnea</i>, <i>bradipnea</i>, hiperventilasi, <i>kusmaul</i>, <i>cheyne-stokes</i>).</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b>  Subjektif:  1. Ortopnea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan oksigen jika perlu.</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi; dan</li> <li>- Ajarkan teknik batuk efektif.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian <i>bronkodilator</i>, <i>ekspektoran</i>, <i>mukolitik</i>, jika perlu.</li> </ul> <p><b>Pemantauan Respirasi</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas;</li> <li>- Monitor pola nafas (seperti <i>bradipnea</i>, <i>takipnea</i>, <i>hiperventilasi</i>, <i>kussmaul</i>, <i>Cheyne-stokes</i>, <i>biot</i>, <i>ataksik</i>);</li> <li>- Monitor kemampuan batuk efektif;</li> <li>- Monitor adanya produksi sputum;</li> <li>- Monitor adanya sumbatan jalan nafas;</li> <li>- Palpasi kesimetrisan ekspansi paru;</li> <li>- Auskultasi bunyi nafas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduksi Ansietas;</li> <li>- Stabilisasi Jalan Nafas; dan</li> <li>- Terapi Relaksasi Otot Progresif.</li> </ul>
--	---	---

<p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernafasan <i>pursed-lip</i>;</li> <li>2. Pernafasan cuping hidung;</li> <li>3. Diameter thoraks anterior- posterior meningkat;</li> <li>4. Ventilasi semenit menurun;</li> <li>5. Kapasitas vital menurun;</li> <li>6. Tekanan ekspirasi menurun;</li> <li>7. Tekanan inspirasi menurun; dan</li> <li>8. Ekskursi dada berubah</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor saturasi oksigen;</li> <li>- Monitor nilai AGD; dan</li> <li>- Monitor X-ray toraks.</li> <li>- <b><i>Teraupetik:</i></b></li> <li>- Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien; dan</li> <li>- Dokumentasi hasil pemantauan.</li> <li>- <b><i>Edukasi:</i></b></li> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan; dan</li> <li>- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</li> </ul>	
---	---	--

## 2.5 Intervensi keperawatan Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas.</p> <p><b>Definisi:</b> Inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas pasien teratur dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan <i>dyspneu</i> (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada <i>pursed lips</i>);</li> <li>5. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal; dan</li> <li>6. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).</li> </ol> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Depresi pusat pernafasan;</li> <li>13. Hambatan upaya nafas (misal: nyeri saat</li> </ol>	<p><b>Manajemen jalan nafas</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas);</li> <li>- Monitor bunyi nafas tambahan (misal: <i>gurgling</i>, mengi, <i>whezzing</i>, ronkhi kering); dan</li> <li>- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma).</li> </ul> <p><b>Teraupetik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal);</li> <li>- Posisikan <i>Semi-Fowler</i> atau</li> <li>- <i>Fowler</i>;</li> <li>- Lakukan fisioterapi dada jika perlu;</li> <li>- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik;</li> <li>- Lakukan hiperoksigenasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan Emosional;</li> <li>- Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan;</li> <li>- Dukungan Ventilasi;</li> <li>- Edukasi Pengukuran Respirasi;</li> <li>- Konsultasi Via Telepon;</li> <li>- Manajemen Energi;</li> <li>- Manajemen Jalan Nafas Buatan;</li> <li>- Manajemen Medikasi;</li> <li>- Pemberian Obat Inhalasi;</li> <li>- Pemberian Obat Interpleura;</li> <li>- Pemberian Obat Intradermal;</li> <li>- Pemberian Obat Intravena;</li> <li>- Pemberian Obat Oral;</li> <li>- Pencegahan Aspirasi;</li> <li>- Pengaturan Posisi;</li> <li>- Perawatan Selang Dada;</li> </ul>

<p>bernafas, kelemahan otot pernafasan);</p> <p>14. Deformitas dinding dada;</p> <p>15. Deformitas tulang dada;</p> <p>16. Gangguan neuromuskular;</p> <p>17. Gangguan neurologi (misal: <i>elektroensefalogram</i> (EEG) positif, cedera kepala, gangguan kejang);</p> <p>18. Imaturitas neurologis;</p> <p>19. Penurunan energi;</p> <p>20. Obesitas;</p> <p>21. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru;</p> <p>22. Sindrom hipoventilasi; Kerusakan intervasidiafragma (kerusakan syaraf C5 ke atas);</p> <p>16. Cedera pada medula spinalis;</p> <p>17. Efek agen farmakologi; dan</p> <p>18. Kecemasan.</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p>Subjektif:</p> <p>2. Dyspnea.</p> <p>Objektif.</p> <p>4. Penggunaan otot bantu pernafasan;</p> <p>5. Fase ekspirasi memanjang;</p> <p>6. Pola nafas abnormal (misal: <i>takipnea</i>, <i>bradipnea</i>, hiperventilasi, <i>kusmaul</i>, <i>cheyne-stokes</i>).</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p>	<p>sebelum penghisapan endotrakeal;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarkan sumbatan benda padat dengan <i>forsep McGill</i>; dan</li> <li>- Berikan oksigen jika perlu.</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi; dan</li> <li>- Ajarkan teknik batuk efektif.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian <i>bronkodilator</i>, <i>ekspektoran</i>, <i>mukolitik</i>, jika perlu.</li> </ul> <p><b>Pemantauan Respirasi</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas;</li> <li>- Monitor pola nafas (seperti <i>bradipnea</i>, <i>takipnea</i>, <i>hiperventilasi</i>, <i>kussmaul</i>, <i>Cheyne-stokes</i>, <i>biot</i>, <i>ataksik</i>);</li> <li>- Monitor kemampuan batuk efektif;</li> <li>- Monitor adanya produksi sputum;</li> <li>- Monitor adanya sumbatan jalan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen Ventilasi Mekanik;</li> <li>- Pemantauan Neurologis;</li> <li>- Pemberian Analgesik;</li> <li>- Pemberian Obat;</li> <li>- Perawatan Trakheostomi;</li> <li>- Reduksi Ansietas;</li> <li>- Stabilasi Jalan Nafas; dan</li> <li>- Terapi Relaksasi Otot Progresif.</li> </ul>
--	---	---

<p>Subjektif: 2. Ortopnea.</p> <p>Objektif: 9. Pernafasan <i>pursed-lip</i>; 10. Pernafasan cuping hidung; 11. Diameter thoraks anterior- posterior meningkat; 12. Ventilasi semenit menurun; 13. Kapasitas vital menurun; 14. Tekanan ekspirasi menurun; 15. Tekanan inspirasi menurun; dan 16. Ekskursi dada berubah</p>	<p>nafas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palpasi kesimetrisan ekspansi paru;</li> <li>- Auskultasi bunyi nafas;</li> <li>- Monitor saturasi oksigen;</li> <li>- Monitor nilai AGD; dan</li> <li>- Monitor X-ray toraks.</li> </ul> <p><b><i>Teraupetik:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atur interval pemantauan respitrasi sesuai kondisi pasien; dan</li> <li>- Dokumentasi hasil pemantauan.</li> </ul> <p><b><i>Edukasi:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan; dan</li> <li>- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</li> </ul>	
--	--	--

## 2.6 Intervensi Keperawatan Distress Spiritual Berhubungan Dengan Kondisi Penyakit Kronis

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas.</p> <p><b>Definisi:</b> Inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas pasien teratur dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan <i>dyspneu</i> (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada <i>pursed lips</i>);</li> <li>8. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal; dan</li> <li>9. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).</li> </ol> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>23. Depresi pusat pernafasan;</li> <li>24. Hambatan upaya nafas (misal: nyeri saat</li> </ol>	<p><b>Manajemen jalan nafas</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas);</li> <li>- Monitor bunyi nafas tambahan (misal: <i>gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronkhi kering); dan</li> <li>- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma).</li> </ul> <p><b>Teraupetik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal);</li> <li>- Posisikan <i>Semi-Fowler</i> atau <i>Fowler</i>;</li> <li>- Lakukan fisioterapi dada jika perlu;</li> <li>- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik;</li> <li>- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan Emosional;</li> <li>- Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan;</li> <li>- Dukungan Ventilasi;</li> <li>- Edukasi Pengukuran Respirasi;</li> <li>- Konsultasi Via Telepon;</li> <li>- Manajemen Energi;</li> <li>- Manajemen Jalan Nafas Buatan;</li> <li>- Manajemen Medikasi;</li> <li>- Pemberian Obat Inhalasi;</li> <li>- Pemberian Obat Interpleura;</li> <li>- Pemberian Obat Intradermal;</li> <li>- Pemberian Obat Intravena;</li> <li>- Pemberian Obat Oral;</li> <li>- Pencegahan Aspirasi;</li> <li>- Pengaturan Posisi;</li> <li>- Perawatan Selang Dada;</li> <li>- Manajemen Ventilasi Mekanik;</li> <li>- Pemantauan Neurologis;</li> <li>- Pemberian Analgesik;</li> <li>- Pemberian Obat;</li> </ul>

<p>bernafas, kelemahan otot pernafasan);</p> <p>25. Deformitas dinding dada;</p> <p>26. Deformitas tulang dada;</p> <p>27. Gangguan neuromuskular;</p> <p>28. Gangguan neurologi (misal: <i>elektroensefalogram</i> (EEG) positif, cedera kepala, gangguan kejang);</p> <p>29. Imaturitas neurologis;</p> <p>30. Penurunan energi;</p> <p>31. Obesitas;</p> <p>32. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru;</p> <p>33. Sindrom hipoventilasi; Kerusakan intervasidiafragma (kerusakan syaraf C5 ke atas);</p> <p>19. Cedera pada medula spinalis;</p> <p>20. Efek agen farmakologi; dan</p> <p>21. Kecemasan.</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p>Subjektif:</p> <p>3. Dyspnea.</p> <p>Objektif.</p> <p>7. Penggunaan otot bantu pernafasan;</p> <p>8. Fase ekspirasi memanjang;</p> <p>9. Pola nafas abnormal (misal: <i>takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kusmaul, cheyne-stokes</i>).</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarkan sumbatan benda padat dengan <i>forsep McGill</i>; dan</li> <li>- Berikan oksigen jika perlu.</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi; dan</li> <li>- Ajarkan teknik batuk efektif.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian <i>bronkodilator, ekspektoran, mukolitik</i>, jika perlu.</li> </ul> <p><b>Pemantauan Respirasi</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas;</li> <li>- Monitor pola nafas (seperti <i>bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusmaul, Cheyne-stokes,biot, ataksik</i>);</li> <li>- Monitor kemampuan batuk efektif;</li> <li>- Monitor adanya produksi sputum;</li> <li>- Monitor adanya sumbatan jalan nafas;</li> <li>- Palpasi kesimetrisan ekspansi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawatan Trakheostomi;</li> <li>- Reduksi Ansietas;</li> <li>- Stabilasi Jalan Nafas; dan</li> <li>- Terapi Relaksasi Otot Progresif.</li> </ul>
---	---	--



<p>Subjektif: 3. Ortopnea.</p> <p>Objektif: 17. Pernafasan <i>pursed-lip</i>; 18. Pernafasan cuping hidung; 19. Diameter thoraks anterior- posterior meningkat; 20. Ventilasi semenit menurun; 21. Kapasitas vital menurun; 22. Tekanan ekspirasi menurun; 23. Tekanan inspirasi menurun; dan 24. Ekskursi dada berubah</p>	<p>paru;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auskultasi bunyi nafas;</li> <li>- Monitor saturasi oksigen;</li> <li>- Monitor nilai AGD; dan</li> <li>- Monitor X-ray toraks.</li> </ul> <p>- <b><i>Teraupetik:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien; dan</li> <li>- Dokumentasi hasil pemantauan.</li> </ul> <p><b><i>Edukasi:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan; dan</li> <li>- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</li> </ul>	
---	---	--

## 2.7 Intervensi Keperawatan Risiko Aspirasi Berhubungan Dengan Gangguan Menelan

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas.</p> <p><b>Definisi:</b> Inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas pasien teratur dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan <i>dyspneu</i> (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada <i>pursed lips</i>);</li> <li>11. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal; dan</li> <li>12. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).</li> </ol> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>34. Depresi pusat pernafasan;</li> <li>35. Hambatan upaya nafas (misal: nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan);</li> <li>36. Deformitas dinding dada;</li> </ol>	<p><b>Manajemen jalan nafas</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas);</li> <li>- Monitor bunyi nafas tambahan (misal: <i>gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronkhi kering); dan</li> <li>- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma).</li> </ul> <p><b>Teraupetik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal);</li> <li>- Posisikan <i>Semi-Fowler</i> atau <i>Fowler</i>;</li> <li>- Lakukan fisioterapi dada jika perlu;</li> <li>- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik;</li> <li>- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan Emosional;</li> <li>- Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan;</li> <li>- Dukungan Ventilasi;</li> <li>- Edukasi Pengukuran Respirasi;</li> <li>- Konsultasi Via Telepon;</li> <li>- Manajemen Energi;</li> <li>- Manajemen Jalan Nafas Buatan;</li> <li>- Manajemen Medikasi;</li> <li>- Pemberian Obat Inhalasi;</li> <li>- Pemberian Obat Interpleura;</li> <li>- Pemberian Obat Intradermal;</li> <li>- Pemberian Obat Intravena;</li> <li>- Pemberian Obat Oral;</li> <li>- Pencegahan Aspirasi;</li> <li>- Pengaturan Posisi;</li> <li>- Perawatan Selang Dada;</li> <li>- Manajemen Ventilasi Mekanik;</li> <li>- Pemantauan Neurologis;</li> <li>- Pemberian Analgesik;</li> </ul>

<p>37. Deformitas tulang dada;  38. Gangguan neuromuskular;  39. Gangguan neurologi (misal: <i>elektroensefalogram</i> (EEG) positif, cedera kepala, gangguan kejang);  40. Imaturitas neurologis;  41. Penurunan energi;  42. Obesitas;  43. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru;  44. Sindrom hipoventilasi;  Kerusakan intervasidiafragma (kerusakan syaraf C5 ke atas);  22. Cedera pada medula spinalis;  23. Efek agen farmakologi; dan  24. Kecemasan.</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b>  Subjektif:  4. Dyspnea.  Objektif:  10. Penggunaan otot bantu pernafasan;  11. Fase ekspirasi memanjang;  12. Pola nafas abnormal (misal: <i>takipnea</i>, <i>bradipnea</i>, hiperventilasi, <i>kusmaul</i>, <i>cheyne-stokes</i>).</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b>  Subjektif:  4. Ortopnea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarkan sumbatan benda padat dengan <i>forsep McGill</i>; dan</li> <li>- Berikan oksigen jika perlu.</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi; dan</li> <li>- Ajarkan teknik batuk efektif.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian <i>bronkodilator</i>, <i>ekspektoran</i>, <i>mukolitik</i>, jika perlu.</li> </ul> <p><b>Pemantauan Respirasi</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas;</li> <li>- Monitor pola nafas (seperti <i>bradipnea</i>, <i>takipnea</i>, <i>hiperventilasi</i>, <i>kusmaul</i>, <i>Cheyne-stokes</i>, <i>biot</i>, <i>ataksik</i>);</li> <li>- Monitor kemampuan batuk efektif;</li> <li>- Monitor adanya produksi sputum;</li> <li>- Monitor adanya sumbatan jalan nafas;</li> <li>- Palpasi kesimetrisan ekspansi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian Obat;</li> <li>- Perawatan Trakheostomi;</li> <li>- Reduksi Ansietas;</li> <li>- Stabilisasi Jalan Nafas; dan</li> <li>- Terapi Relaksasi Otot Progresif.</li> </ul>
---	--	---

<p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>25. Pernafasan <i>pursed-lip</i>;</li> <li>26. Pernafasan cuping hidung;</li> <li>27. Diameter thoraks anterior- posterior meningkat;</li> <li>28. Ventilasi semenit menurun;</li> <li>29. Kapasitas vital menurun;</li> <li>30. Tekanan ekspirasi menurun;</li> <li>31. Tekanan inspirasi menurun; dan</li> <li>32. Ekskursi dada berubah</li> </ol>	<p>paru;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auskultasi bunyi nafas;</li> <li>- Monitor saturasi oksigen;</li> <li>- Monitor nilai AGD; dan</li> <li>- Monitor X-ray toraks.</li> </ul> <p><b><i>Teraupetik:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atur interval pemantauan respitrasi sesuai kondisi pasien; dan</li> <li>- Dokumentasi hasil pemantauan.</li> </ul> <p><b><i>Edukasi:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan; dan</li> <li>- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</li> </ul>	
---	--	--